

بنام آنکه هستی نام ازو یافت

فلک جنبش زمین آرام ازو یافت

اساساً ظهور یک نابهنجاری رفتاری و اختلال در رفتار کودک می تواند زمینه ی انعقاد نطفه ی تحقیق و تجسس علمی را فراهم آورد.

دنیای شادمانه کودک سرشار از تحرک و نشاط است و بازی نمونه بارز آن می باشد. اصولاً یکی از نشانه های سلامتی رفتار کودکان وجود محرک و بازی است و به قول مولانا:

کودکان چون نام بازی بشنوند جمله با خرگور هم تک میشوند

اما پرتحرکی؛ این مرز فطری و طبیعی را شکسته و به عنوان یک نابهنجاری روانی و رفتاری مطرح گشته است. امروزه بیش فعالی یکی از عمده ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و حتی بزرگسالان محسوب می شود. اغلب والدین چون نحوه ی بر خورد صحیح با اینگونه کودکان را بلد نیستند، آنها را از خود طرد نموده و مورد تنبیه قرار می دهند؛ در مدرسه اینگونه کودکان اغلب دچار مشکلند و هر از چند گاهی با دوستان خود درگیر می شوند و موجب رنجش همکلاسی های خود می شوند.

اختلال نارسایی توجه با سه نشانه اصلی تعریف می شود. این سه نشانه عبارتند از: نارسایی توجه؛ فزون جنبشی؛ و تکانشگری. این ویژگیها به طور اساسی قبل از ۷ سالگی قابل تشخیص اند و در طول رشد پایدار می مانند. امروزه این سه ویژگی به به دو مورد کاهش پیدا کرده اند: فزون جنبشی و تکانشگری. علت حذف ویژگی نارسایی توجه آن است که نتایج پژوهش های متعدد نشان داده اند که این کودکان برخلاف تصور قبلی به طور اساسی دارای نارسایی توجه نیستند؛ بلکه نارسایی توجه در آنان؛ اختلالی ثانویه است.

فراوانی این اختلال؛ در حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد کودکان مدرسه رو یا گاهی در حدی کمتر یعنی حدود ۳ تا ۷ درصد گزارش شده است. به لحاظ میزان ابتلا؛ پسران مبتلا سه برابر دختران برآورد می شوند؛ و این اختلال در ۵۰ تا ۸۰ درصد کودکان شناسایی شده؛ تا دوره نوجوانی و در ۳۰ تا ۵۰ درصد از آنها تا دوره بزرگسالی ادامه خواهد یافت. این اختلال در دوران رشد مشکل های متعددی ایجاد میکند که عمده ترین آنها عبارتند از: پیشرفت

مشکل در رانندگی. بی ثباتی و عدم پیگیری کارها نیز از دیگر مشکل های مهم این افراد است. در مورد علت شناسی این اختلال پیچیده چندان توافقی وجود ندارد. اما مطالعه های عصب شناختی نشان داده اند که این افراد در قطعه پیش پیشانی مغز نابهنجاری دارند و از طرف دیگر؛ گفته شده که در آنها؛ مناطق سمت راست ساخته های موجود در عقده های پایه مانند جسم مخطط و همچنین منچه سمت راست؛ کوچکتر از حد طبیعی است. تمام ویژگی هایی که در کودکان نارسایی توجه مشاهده می شود در افراد عادی نیز دیده می شود و تنها تفاوت در شدت و تداوم نشانه هاست. این کودکان در واقع کارهایی را انجام می دهند که کودکان دیگر به آنها فکر می کنند؛ ولی آنها را انجام نمی دهند. از خمین رو؛ برخی دانشمندان این اختلال را "اختلال کنترل تکانش" می دانند. امروزه براساس آخرین نظریه ها و یافته های پژوهشی، الگوی درمانی برای این کودکان در کنار دارو درمانی، سازماندهی هرچه بیشتر محیط است.

در حال حاضر این اختلال را نمی توان درمان کرد ولی می توان آن را مدیریت کرد.

متداول ترین روش های درمانی برای کودکان عبارتند از:

۱. دارو درمانی
۲. آموزش والدین
۳. آموزش روش های موثر به خود کودک یا نوجوان

امروزه بسیاری از مادران و پدران از شیطنت بسیار زیاد کودکانشان شکایت دارند. آنها اظهار می دارند که فرزندشان مرتب در حال حرکت و فعالیت است و نوعی حالت بی قراری و ناآرامی در او مشاهده می کنند. برخی از این والدین از فقدان تمرکز حواس و ضعف درسی کودک نیز صحبت می کنند. آنها علت این فعالیت بیش از اندازه را نمی دانند و مرتب فرزندشان را مورد سرزنش قرار می دهند. این کودکان بعضاً مورد انتقاد و تنبیه بسیار زیاد قرار می گیرند. تشخیص این اختلال در سنین زیر پنج سال قدری مشکل است زیرا امکان دارد با رفتارهای طبیعی و شیطنت آمیز کودکان اشتباه گرفته شود. این اختلال با فعالیت بیش از اندازه، خرابکاری و آزار رساندن همراه است. بیش فعالی کودکان کودکان بیش فعال - همانگونه که از این عنوان برمی آید- بسیار پرتحرک اند و نمی توانند یک جا آرام بنشینند. آنها اضافه بر ناآرامی بسیار زیاد، نوعی اضطراب و اجبار برای خرابکاری نیز دارند. آنان اشیا را می شکنند یا پرتاب می کنند.

همچنین کنجکاوی بسیار از خود نشان می دهند و نه تنها اسباب بازیهایشان را خراب می کنند، بلکه اشیا و وسایل منزل را نیز دستکاری و خراب می کنند. کارهای خطرناک را دوست دارند و ابداً احساس خطر نمی کنند. بنابراین رفتارهایی بی مهابا از آنها سر می زند. برخی از بزرگسالان آنها را افرادی بی باک و شجاع تصور می کنند؛ در حالی که این رفتارهای بی مهابا نشانگر این واقعیت است که احساس خطر واقعی، که یک احساس طبیعی است و بایستی در کودکان وجود داشته باشد در این بچه ها وجود ندارد. بازی های خطرناک، از جمله بازی با کبریت و علاقه به وسایلی چون کارد و چاقو نشانه های دیگری از گرایشها و رفتارهای غیرطبیعی این بچه هاست. کودک بیش فعال احساس خطر نمی کند کودکان بیش فعال در مورد کارها و اشیا بی که به طور طبیعی باید در برابر آنها احساس خطر کنند، خطری احساس نمی کنند؛ و اختلالات سلوک در این کودکان بعضاً دیده می شود؛ مثلاً بعضی از آنها رفتارهای پرخاشگرانه دارند یا برای آسیب رساندن به دیگران آنان را تهدید می کنند.

تخلف از قوانین و مقررات محسوب می شود شرکت می کنند. تمایل به کارهای خلاف و خطرناک این کودکان آچار پیچ گوشتی را داخل پریش برق می کنند؛ اشیاء و وسایلی را که متعلق به خودشان نیست برمی دارند؛ تمایل بسیاری به کشیدن سیگار دارند (ته سیگارها را برمی دارند و علاقه به کشیدن آنها دارند) و همچنین گرایش به دروغگویی در آنها بسیار بالاست و اغلب دروغ می گویند. به علاوه آنان تمایل به ارتباط با کودکان و نوجوانان بزرگتر از خود دارند. اغلب دوستانی بزرگتر از خود انتخاب می کنند و از مصاحبت با نوجوانان لذت می برند. بسیار مایلند در صحبت‌ها و فعالیت‌های آنان شرکت کنند. همچنین گرایش به کارهای خلاف از جمله دزدی در آنها بسیار زیاد است. به نظر می رسد این کودکان زودتر از حد معمول چشم و گوششان باز می شود و به کنجکاوهای بسیار زیاد دچار می شوند. از لحاظ اجتماعی، کودکان بیش فعال تأثیر مثبتی بر دیگران نمی گذارند و مرتب مورد انتقاد قرار می گیرند. آنها به دلیل دقت پایین، اغلب دچار اشتباه می شوند و انتقاد دیگران را نسبت به خود برمی انگیزانند. این بچه‌ها به جزئیات مسائل توجهی ندارند. حتی در بازی‌ها نیز با دشواری رو به رو می شوند و در ارتباط خود با بچه‌های دیگر مشکل پیدا می کنند. اغلب از دستورالعمل‌ها پیروی نمی کنند و از عهده تکالیف مدرسه و سایر کارها و وظایف برنمی آیند. عملکرد اجتماعی و تحصیلی کودک کاهش می یابد از لحاظ اجتماعی، کودکان بیش فعال تأثیر مثبتی بر دیگران نمی گذارند و مرتب مورد انتقاد قرار می گیرند. آنها به دلیل دقت پایین، اغلب دچار اشتباه می شوند و انتقاد دیگران را نسبت به خود برمی انگیزانند. این بچه‌ها به جزئیات مسائل توجهی ندارند. حتی در بازی‌ها نیز با دشواری رو به رو می شوند و در ارتباط خود با بچه‌های دیگر مشکل پیدا می کنند. اغلب از دستورالعمل‌ها پیروی نمی کنند و از عهده تکالیف مدرسه و سایر کارها و وظایف برنمی آیند. آنان از درگیر شدن با تکالیفی که مستلزم تلاش ذهنی مداوم است، می پرهیزند. اغلب، وسایل خود را گم می کنند و دچار فراموشکاری‌اند. به طور افراطی حرف می زنند و پیش از تمام شدن پرسش‌ها، پاسخ می دهند. منتظر نوبت ماندن برایشان دشوار است و بسیاری اوقات مزاحم کار دیگران می شوند.

سندرم ADS پی بردند. به گزارش سلامت نیوزبه نقل از خبرگزاری آلمان، محققان انستیتو ملی سلامت، دریافتند مغز کودکان بیش فعال دیرتر از کودکان معمولی و نرمال رشد می کند و کامل می شود. بنابراین گزارش، محققان با کمک تکنیک های پیشرفته آنالیز مغز ۴۴۶ کودک مبتلا به ADS و سالم را مورد بررسی قرار دادند. این گزارش می افزاید: بخصوص در لایه های خارجی بخش جلویی مغز کودکان مبتلا به ADS یا بیش فعالی و تمرکز نداشتن روند تکاملی کند است و حتی این بخش خاص از مغز این کودکان بعد از پنج سال به تکامل می رسد. همچنین، بخش جلویی مغز و در ناحیه پیشانی هنگام حل مسئله و هدایت تمرکز فعالیت بسیار زیادی دارد.

بر اساس نتیجه این تحقیق علت بهبود یافتن کودکان مبتلا به سندرم نبودن تمرکز را در دوران بلوغ توجیه می کند. این تحقیق نشان داد، تنها یک بخش از مغز کودکان مبتلا به سندرم ADS سریعتر از سایر کودکان نرمال و معمولی رشد می کند و آن هم مرکز تحرک و فعالیت بدنی در کورتکس مغز است. والدین چه نقشی در درمان دارند ۱. ابتدا باید مطمئن باشیم که فرزندان واقعاً نشانه های این اختلال را دارد؛ به علاوه تشخیص نهایی توسط متخصص و پزشکان مجرب انجام می پذیرد. گاهی والدینی که افرادی بسیار مضطرب و نگران هستند، ممکن است جنب و جوش های طبیعی فرزند را دلیلی بر بیش فعالی بدانند. بنابراین در قدم اول بایستی راجع به تشخیص مطمئن باشیم و به فرزندان برچسب های نادرست نزنیم. ۲. انرژی اضافه این کودکان باید از طریق فعالیت های مثبت، از جمله ورزش کردن، مصرف شود. بهتر است آنها را برای بازی به زمین های بزرگ برد و اجازه داد که به فعالیت های لذتبخش بپردازند. یا این که روزانه برای پیاده روی آنها را از خانه خارج کرد. در منزل نیز بایستی مسئولیت هایی که از لحاظ جسمی قدری بچه ها را خسته می کند به آنها بسپاریم تا به این وسیله انرژی بیش از حد آنان گرفته شود. البته خوب است گاهی برای انجام این مسئولیت ها جوایزی هم در نظر بگیریم. ۳. به خاطر داشته باشیم این کودکان را به هیچ وجه کتک نزنیم؛ زیرا رفتارهای انتقام جویانه از آنها سر

مهرآمیز و عاری از خشونت لازم است. ۴. گروهی از مواد غذایی - از جمله کاکائو، فلفل، شیزینی های مغازه، غذا های تند و تیز، خوراکی هایی با انرژی بالا، شکلات، قهوه، نسکافه، نوشابه های رنگی و تنقلات - باعث تحریک پذیری می شوند و لازم است تا حد امکان از دادن آنها به بچه ها خودداری شود. ۵. خواب شبانه ای این کودکان موضوع مهمی است؛ آنها باید شبها زودتر به رختخواب بروند.

بهرتر است والدین برنامه خانواده را به گونه ای مناسب تنظیم کنند و به هر طریق ممکن به کودک بفهمانند این یکی از قوانین خانواده اوست که شبها تا دیروقت بیدار نماند. در همین زمینه توصیه می شود کودک از وسایلی چون بازیهای کامپیوتر و تلویزیون فیلم های خشن و ترسناک به صورت افراطی استفاده نکند. ۶. چنانچه کودک بیش فعال از لحاظ توجه و تمرکز بسیار مشکل داشته باشد و رفتارهای او موجب اذیت و آزار فراوان شود، بهتر است با روان پزشک کودک و نوجوان مشورت شود تا به صلاحدید او کودک مقداری داروی اختصاصی این اختلال را مصرف کند. ۷ کارشناسان پیشنهاد می کنند بهتر است این افراد را بیشتر تشویق به کارهای گروهی و عملی تشویق نمود و سعی کنند کودکان یا نوجوانان خود را به سمت کارهای که بیشتر تمرکز و دقت لازم دارد سوق دهند. ورزش کردن و انجام کارهای مختلف در منزل و یا در نزد دوست و یا فامیلی که انرژی او را به کارهای مثبت بکشاند بهترین کمک و یاری به این گونه کودکان است. ۸. هرگز نباید اجازه بدهیم کودک و یا نوجوان ما به دیگران آسیب برساند و سپس ما آن را توجیه کنیم که او بچه است و نمی فهمد. چه خوب است که ما با شناسایی این گونه کودکان در ابتدا برای درمان آنان اقدام کنیم، در قیر این صورت باید منتظر عواقب شدیدتری باشیم. فکر میکنم اگر به این پاراگراف توجه کنید به جوابتون برسید... اختلال تمرکز در این کودکان در کارهایی که فعالیت دائم و جدی مغزی را لازم دارد مشهودتر است. آنها ممکن است در تماشای تلویزیون، بازی با کامپیوتر و فعالیتهای لذت بخش با کودکان دیگر تفاوتی نداشته باشند ولی در کارهایی که فعالیت مداوم مغزی و تمرکز لازم دارد (انجام تکالیف درسی) تفاوت آنها با کودکان دیگر نمایان می شود. به نظر می رسد

توجهی و حذف اطلاعات غیرضروری ضعف دارند. رعایت قوانین منزل و مدرسه برای آنان مشکل است و برای پیروی از قوانین توجه بیشتری لازم دارند. در انجام تکالیف مدرسه، تمرکز روی درس، رعایت قوانین مدرسه و داشتن روابط اجتماعی مناسب با همکلاسی ها مشکل دارند. برای رسیدن به اهداف درازمدت برنامه ریزی نمی کنند. درمان: درمان هایی که برای کودکان ADHD به کار می رود می تواند به چهار گروه تقسیم گردد: آموزش والدین آموزش آموزگاران استفاده از کلاسهای مخصوص درمان دارویی و درمان های روان شناختی توسط پزشک متخصص آموزش والدین و معلمین بخش مهمی از درمان را تشکیل می دهد و شامل دو بخش است؛ آموزش برای شناخت بیماری توسط پزشک متخصص آموزش برای بکارگیری روش های درمانی والدین باید این بیماری را به عنوان یک نقص خفیف در مراحل اولیه رشد مغز دانسته و به کودک خود به دید کودکی تنبل، نافرمان، شرور و فضول که اگر بخواهد می تواند رفتاری طبیعی داشته باشد نگاه نکنند، بلکه او را کودکی بدانند که تلاش می کند با ناتوانی خود که خارج از کنترلش است، کنار بیاید. والدین باید راههای دیگری برای تشویق، تقویت اعتماد به نفس و ایجاد احساس موفقیت در کودکشان بیابند. فعالیت ورزشی، هنری، فنی، اجتماعی می تواند فرصت هایی برای نمایان کردن توانایی های این کودکان ایجاد نماید.

این فعالیت ها بالطبع تشویق بیشتری به دنبال داشته و می تواند آثار منفی حاصل از تجربه های بد قبلی ( شکست ها، طرد شدگی، تنبیه ها و ...) را بکاهد و جایگزین آن گردد. البته والدین نباید تصور کنند که کودکانشان به دلیل این ناراحتی مسئول اعمال نامطلوب و خلاف خود نیستند، بلکه کودک می باید اینگونه رفتارها را جبران کند. برای اینکه کودکان قوانین را بیاموزند و از آن پیروی نمایند لازم است قوانین را برای آنها واضح تر، در فواصل کمتر و دفعات بیشتر بیان کنیم و سیستم تشویق و تنبیه قوی تری را با آن همراه نماییم. برخورد مناسب با کودکان دچار ADHD به زمان، پشتکار، کوشش، مداومت و همکاری و هماهنگی زیادی نیاز دارد و به همین دلیل مربیان و والدین باید همواره روحیه ای با نشاط، شاداب، طنزپرداز و شوخ طبع را در

کودکی بروز می کند. تشخیص این اختلال در سنین زیر پنج سال قدری مشکل است زیرا امکان دارد با رفتارهای طبیعی و شیطنت آمیز کودکان اشتباه گرفته شود. با این حال، متخصصان می توانند این اختلال را تشخیص دهند و پیش بینی های لازم را به عمل آورند. این اختلال با فعالیت بیش از اندازه، خرابکاری و آزار رساندن همراه است. چنانچه این بچه ها در سنین کودکی معالجه نشوند، در دوره نوجوانی احتمال این که رفتارهای ضداجتماعی داشته باشند و نیز حالات افسردگی در آنها به وجود آید، بسیار است. بنابراین به والدین توصیه می شود که حتماً در دوران کودکی برای معالجه این کودکان اقدام کنند.

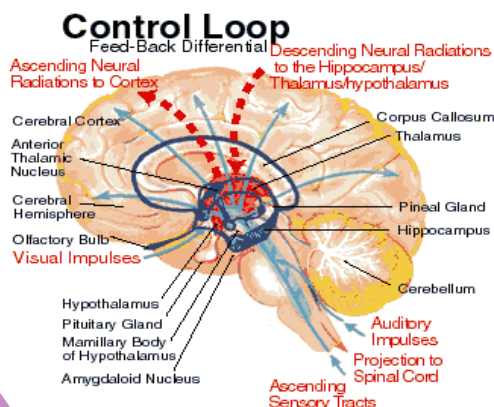
#### بیان مسئله

اختلال بیش فعالی وضعیتی است که در تعدادی از بچه های پیش دبستانی و دوران ابتدایی وجود دارد. کنترل رفتار این بچه ها و جلب توجه آنها سخت است. تخمین می شود که بین ۳ تا ۵ درصد بچه ها اختلال بیش فعالی دارند یا به عبارتی تقریباً دو میلیون بچه در ایالت متحده آمریکا بیش فعالند. بدین معنی که در یک کلاس ۲۴ تا ۳۰ نفره احتمال دارد حداقل یک نفر دچار چنین اختلالی باشد. بیش فعالی (ADHD) به عنوان یک ناتوانی در یادگیری محسوب نمی شود بلکه به عنوان ناتوانی فردی در فعالیت هی آموزشی می باشد که منجر می شود که دانش آموز خدمات آموزشی خاصی دریافت کند و در طبقه بندی «آسیب دیدگان سلامتی» قرار می گیرد نه تحت «ناتوانی های یادگیری خاص» بسیاری از کودکان (ADHD) تقریباً ۲۰ تا ۳۰ درصد نیز دارای اختلالات یادگیری ویژه هستند. ویژگی های اصلی (ADHD): بی توجهی، بیش فعالی و تحرک بیش از حد است. متخصصین سه زیر مجموعه برای آن به رسمیت شناخته اند، که عبارتند از: اول: نوعی که در آنها فعالیت بیش از حد و پرتحرکی شایع است (این افراد اختلال توجه چشم گیری نشان نمی دهند). دوم: نوعی که در آنها عدم توجه قالب است. (که در آنها فعالیت و تحرک بیش از حد از خود نشان نمی دهند و گاهی اوقات تحت



تحرك بیش از حد را نمایان می سازند.

از دیگر اختلالاتی که گاهی با ADHD همراه هستند



سندروم تورت، (به نسبت بسیار کمی از کسانی که ADHD دارند اثر می گذارند. اختلال بی اعتنایی و مخالفت،

(که بر بیش از یک سوم تا نیمی از کودکان ADHD اثر می گذارد. اختلال رفتاری که ۲۰ تا ۴۰ درصد را در بر

می گیرد. افسردگی و اضطراب و اختلالات دو قطبی بودن.

به جزئیات دقت نمی کنند و اشتباهات واضحی انجام می دهند. خیلی ضعیف حروف و کلمات را کنار هم قرار

می دهند و نوشته های شلوغ و در هم و بر همی دارند. در حفظ توجه شان در انجام تکالیف مدرسه و کارها

مشکل دارند. تکالیف مدرسه را سرسری می گیرند. از انجام تکالیفی که دوست ندارند اجتناب می کنند و در تمام

کردن تکالیف مدرسه و مواردی که فعالیت ذهنی می طلبد وا می مانند. فعالیت های روزمره را فراموش می

کنند. در سازمان دهی کارها و فعالیت ها مشکل دارند. لوازم و وسایلی که برای انجام تکالیف و کارهایشان لازم

است را گم می کنند. (قلم، خودکار و...) در فعالیت های نشاط آور و لذت بخش به مرور (یا رفته رفته) از خود

مشکلاتی نشان می دهند. مانند یک موتور فعالیت کرده و یک جا ثابت نمی مانند سریع جواب دادن به سولها قبل

از آنکه سوال کامل شود. اغلب صحبت دیگران را قطع می کنند.

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

ضرورت و اهمیت تحقیق

بیش‌فعالی از آن دسته اختلالاتی است که والدین اغلب آن را با بازیگوشی و شیطنت کودکان اشتباه می‌گیرند ولی به گفته کارشناسان این گمان والدین به‌خصوص در مواقعی که کودک علاوه بر بیش‌فعالی به بی‌توجهی هم مبتلاست، هیچ‌گونه توجیه علمی ندارد و این کودکان باید حتماً تحت درمان قرار گیرند

چون به عقیده کارشناسان در غیراین صورت این اختلال با اشکال بدتری در بزرگسالی همراه فرد خواهد بود. این در حالی است که مطالعات نشان می‌دهد ۴ تا ۶ درصد دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران مبتلا به بیماری بیش‌فعالی هستند. همچنین تقریباً بیش از ۵۰ درصد مراجع‌کنندگان به مراکز روانپزشکی کودک و نوجوان را مبتلایان به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه تشکیل می‌دهند. علاوه بر این طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی حدوداً ۳ تا ۴ درصد از شاغلان بزرگسال مبتلا به بیش‌فعالی هستند و بررسی‌های به‌عمل‌آمده نشان می‌دهد که این شرایط روی نحوه تمرکز و میزان کیفی کار آنها تأثیر منفی دارد.

۷۰

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

کودک در تحصیل و با برقراری ارتباط با والدین و خانواده است. البته بیش‌فعالی ممکن است قبل از سنین مدرسه هم شروع شده باشد ولی باید از سنین مدرسه مورد توجه قرار گیرد.

این بیماری دارای ۲ جزء است؛ یعنی کودک ممکن است بیش‌فعال باشد یا بی‌توجه و یا هردوی این دو خصوصیات را با هم داشته باشد.

براساس آمارها تعداد کمی از بیماران یعنی حدود ۲۰ درصد کودکان بیش‌فعال هستند و ۷۵ تا ۸۰ درصد آنها فقط مبتلا به بی‌توجهی‌اند، درحالی‌که گفته می‌شود کودکی که بیش‌فعال باشد، درمان سریع‌تر و بهبودی بیشتری نسبت به کودک بی‌توجه دارد.

برای تشخیص هر کدام از این دو ویژگی، ۹ مشخصه در کتاب‌های روانپزشکی وجود دارد و اگر از این ۹ مشخصه کودک ۶ مشخصه را داشته باشد، بیش‌فعال به حساب می‌آید. در مورد بی‌توجهی هم همینطور است. البته ناگفته نماند که از نظر شیوع آماری، پسرها ۲ تا ۳ برابر بیشتر از دختران مبتلا به این بیماری می‌شوند، به‌طوری‌که براساس آخرین آمارها ۱۲ درصد دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی هستند.

البته تأثیر منفی این بیماری فقط در تحصیل نیست. صرف‌نظر از تحصیل، کودکان بیش‌فعال اگر درمان نشوند، دچار صدمات جبران‌ناپذیری خواهند شد؛ مثل افسردگی و کاهش اعتماد به نفس.

این کودکان در مدرسه و در خانواده مدام توبیخ می‌شوند. اگرچه در خیلی از موارد این کودکان باهوش هستند و اگر درمان شوند، در جامعه بسیار موفق خواهند بود ولی چون اغلب درمان نمی‌شوند، این اختلال در آنها منجر به ترک تحصیل شده و حتی در آینده به اعتیاد روی می‌آورند یا دچار رفتارهای ضداجتماعی متعددی می‌شوند. قبلاً اعتقاد بر این بود که با بزرگ شدن این کودکان، مشکل بیش‌فعالی و کم‌توجهی در آنها حل می‌شود. البته این امر در درصد بسیار کمی از کودکان مصداق دارد چون حتی اگر بیش‌فعالی در این کودکان از بین برود،

قبیل بی‌ثباتی زندگی زناشویی و بی‌ثباتی شغلی می‌شود. البته این مسئله درست است که کودک ممکن است بیش‌فعال باشد ولی به تحصیل او لطمه‌ای وارد نشود.

کودکان باهوش مشکلی از این نظر ندارند چون هوش خیلی زیاد آنها مشکل بی‌توجهی را حل می‌کند اما در مراتب بالاتر تحصیل بی‌توجهی خودش را کاملاً نشان می‌دهد. پس هوش یکی از مشخصه‌هایی است که می‌تواند بی‌توجهی را تحت پوشش قرار دهد. ولی اگر بیش‌فعالی درمان نشود، این عامل هم در برابر بی‌توجهی موثر خواهد بود.

آیا علتی برای این اختلال شناخته شده است؟

جواب این سؤال این است که مثل همه اختلالات اعصاب و روان علت این اختلال تک‌محوری نیست، به‌طوری که در جدیدترین و جامع‌ترین نگاه به علت این اختلال، علل زیستی، روانی و اجتماعی شناخته شده است. منظور از علل زیستی همان نقش ژنتیک است. به احتمال ۶۰ تا ۷۰ درصد، فردی که مبتلا به بیش‌فعالی است، کودک او هم دچار این اختلال خواهد شد. علاوه بر این اتفاقات دوران بارداری، نوع تغذیه مادر، بیماری‌های این دوره، نوع تربیت کودک، نوع رفتار بیش از اندازه پرخاشگرانه و عجول بودن والدین، نوع چیدمان خانه، ترافیک و آلودگی از عوامل شناخته‌شده برای این بیماری هستند.

با توجه به اینکه نوع بارداری مادر هم می‌تواند در ایجاد این اختلال مؤثر باشد، از همان بدو تولد هم می‌توان متوجه بیش‌فعالی در کودک شد. مادر حتی در دوران بارداری از نوع لگد زدن جنین هم می‌تواند متوجه شود که او بیش‌فعال است. علاوه بر این، این کودکان بعد از به دنیا آمدن هم معمولاً آرام و قرار ندارند و معمولاً کودکان سختی هستند؛ از نوع شیر خوردن گرفته تا گریه کردن. برای همین است که هرچه بارداری امن‌تر باشد، احتمال بروز این اختلال کمتر می‌شود؛ مثل تغذیه مناسب.

باشد، بسیار خطرناک است. همچنین تروماها و یا ضربه‌ها روی کودک در دوران بارداری مادر تأثیر می‌گذارد، چون ضربه‌های روحی به صورت استرس و ضربه‌های جسمی به صورت ضربه مغزی خود را در این کودکان نشان می‌دهد. علاوه بر این، بیماری‌هایی که مغز را درگیر می‌کنند، مثل مننژیت در بروز این اختلال مؤثرند. محققان به تازگی فهمیده‌اند که بیماری‌های دستگاه گوارش و مصرف غیرضروری آنتی‌بیوتیک‌ها هم در بروز بیش‌فعالی مؤثرند. اما با توجه به اینکه این بیماری از همان بدو تولد هم می‌تواند خودش را نشان دهد، تشخیص آن فقط در سنین مدرسه حائز اهمیت است.

مسئله برای یک کودک ۲ساله که بیش‌فعالی‌اش صدمه‌ای به او نمی‌زند، نیازی به شروع درمان نیست. معمولاً هم توصیه کلی بر این است که تا سنین قبل از مدرسه این اختلال تشخیص داده نشود مگر اینکه آن‌قدر حاد باشد که صدمات بسیار جدی به زندگی کودک بزند؛ مثل آویزان شدن از پنجره و سایر کارهای پرخطر. با این حال مهم‌ترین اختلالی که بیش‌فعالی در زندگی کودک ایجاد می‌کند لطمه‌های آموزشی است. مریبان هم باید آموزش ببینند | این اوصاف در درمان این بیماران باید بدانیم که آیا به دنبال تغییر رفتار هستیم؟ جواب این سؤال این است که برای کودکانی که دچار بی‌توجهی هستند خانواده به هیچ وجه موفق به تغییر رفتار نمی‌شود. پس در اینجا ما یکسری مداخلات رفتاری مدرسه محور داریم که برای اجرای آنها حتی معلم و مدیر مدرسه هم باید آموزش ببینند و درک کنند که باید با این دانش‌آموز چه برخوردی داشته باشند. دادن تکالیف کوتاه و پاداش‌های کوتاه در این مورد خیلی مؤثرند چون در مورد این کودکان به هیچ وجه تنبیه تأثیر ندارد. حتی دادن این پاداش‌های کوتاه باید در خانواده هم ادامه پیدا کند.

بازی درمانی و کاردرمانی هم در درمان این کودکان بسیار مهم است. اما این نوع مداخلات در تعداد زیادی از این کودکان به مدت طولانی مؤثر نیست و در اینجاست که دارودرمانی (ریتالین) برای این کودکان ضروری می‌شود، در غیراین صورت این کودکان در بزرگسالی به سمت مواد و داروهای کشنده می‌شوند که برانگیختگی

داروهای محرکی هستند که برانگیختگی مغز را اصلاح می کنند. گاهی اوقات هم برای این کودکان داروهای آرام بخش تجویز می شود. ممکن است همراه بیش فعالی، تیک، وسواس، افسردگی و یا اضطراب هم وجود داشته باشد که در این موارد داروهای ضد اضطراب یا ضد وسواس هم برای این کودکان تجویز می شود؛ البته این داروها به هیچ وجه درمان قطعی محسوب نمی شوند.

#### فرضیه تحقیق

آیا درمان بیش فعالی با تغذیه امکان پذیر است؟

چه تاثیر بر زندگی تحصیلی کودکان و نوجوانان می گذارد؟

آیا اختلال کمبود توجه یک اختلال واقعی است؟

چرا کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی بسیار عجول و شتابزده اند؟

آیا همه کودکان مبتلا به اختلال، باید داروهای محرک روانی مصرف نمایند؟

#### سوالات تحقیق

- تفاوت اختلال کمبود توجه و اختلال کمبود توجه/بیش فعالی در چیست؟

- شروع اختلال کمبود توجه/بیش فعالی در چه سنی است؟

تعدیل رفتار چیست؟

- آیا اختلال کمبود توجه/بیش فعالی با شب ادراری یا مشکلات مثانه در ارتباط است؟
- آیا ارتباطی بین اختلال کمبود توجه/بیش فعالی و چاقی وجود دارد؟
- ملاک تشخیص اختلال کمبود توجه/بیش فعالی چیست؟ اختلال چگونه مشخص میگردد؟ شباهت به چه دارد؟
- آیا آزمایشی فیزیکی برای تشخیص اختلال کمبود توجه/بیش فعالی موجود است؟
- چرا کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی احساسات و باورهای منفی را در خود پرورش میدهند؟

- آیا داروهای محرک روانی سبب توقف رشد میشوند؟

- آیا محرکهای روانی عوارض سمی نیز دارند؟

اهداف کلی

- آشنایی با کودکان بیش فعال و چگونگی برخورد صحیح والدین و مربیان با آنها

- آشنایی با روشهای درمان افراد مبتلا به ای دی اچ دی

- آشنایی با انواع بیش فعالی و دلایل آن

- آشنایی با عقاید متخصصان در مورد اختلال پرتحرکی

- آشنایی با علل تشخیص بیش فعالی

اهداف جزئی

- بررسی تاثیر مواد غذایی که باعث شد تشدید اختلال پرتحرکی می شوند

- بررسی تاثیرات منفی و مثبت ADHD بر کودکان و بزرگسالان

- بررسی تاثیر دارویی ریتالین بر هوشیاری

- بررسی سن شروع اختلال پرتحرکی

#### تعاریف:

اختلال بیش فعالی ADHD یکی از اختلالات رایج و شناخته شده در دوران کودکی است که تا سنین بالا ادامه دارد. تعاریف تقریباً نزدیکی از این کودکان ارائه شده است از جمله:

۱) بیش فعالی اختلالی است که در آن پرتحرکی، بی توجهی و رفتارهای ناگهانی بیشتر و شدیدتر از کودکان دیگر وجود دارد. ۳ تا ۵ درصد کودکان به این اختلال مبتلا هستند و در پسرها شایع تر است. ممکن است در بعضی بیشتر علائم پرتحرکی و رفتارهای ناگهانی و در گروهی علائم بی توجهی بیشتر دیده شود. علائم این بیماری قبل از ۷ سالگی شروع می شود ولی اغلب در دوران مدرسه مشکلات جدی ایجاد می گردد.



تحریک پذیر هستند و پیوسته از یک فعالیت به فعالیت دیگر می پردازند. بدون اینکه یک کار را بتوانند به طور کامل انجام دهند. کم توجهی در این کودکان در تمام فعالیت هایشان به چشم می خورد و در خانه، در مدرسه و برای اطرافیان همواره مشکل آفرین هستند.

۳) اختلال بیش فعالی همراه با کمبود توجه به یک مجموعه پیچیده از واکنش های رفتاری ناسازگارانه اطلاق میشود که به دنبال یکسری از مشکلات متمرکز می باشند.

۴) فعالیت های عضلانی فزون یافته است که با علائمی نظیر بی قراری دائمی، فعالیت دائمی، حواس پرتی و اشکال در یادگیری مشخص می گردد. به این مشکل سندروم پرتحرکی گفته می شود که با اختلالات جزئی دفاعی است.

۵) بیش فعالی اختلالی است که در آن کودک دارای علایمی همچون پرتحرکی، پر فعالیتی، انجام حرکات و عملکرد ناگهانی، کمبود توجه و یا تمرکز است.

۶) مجموعه ای از علائم است که با محدودیت میدان توجه که به ضعف تمرکز در حواس، تکانش یا عمل غیرارادی تکانه نظیر فعالیت های بدون تفکر مثل فریاد زدن در کلاس یا قطع کردن صحبت دیگران، پرجنبشی و فعالیتهای بیش از حد نامناسب سن منجر می شود مشخص می گردد.

۷) بیش فعالی با سه خصوصیت مهم شناخته می شود: عدم تمرکز، فعالیت زیاد، و کسانیکه از روی انگیزه آنی و بدون فکر قبلی عمل می کنند.

۸) اختلال نقص تمرکز و توجه یا بیش فعالی اختلال شایعی است که به طور معمول در کودکان سنین مدرسه تشخیص داده می شود. البته علائم آن قبل از ۷ سالگی بروز پیدا می کند و به تدریج باعث ایجاد اختلال در زمینه های مختلف اجتماعی و تحصیلی برای کودک می شود

۹) بیش فعالی و نارسایی توجه یک عارضه رفتاری است و مشکلی است که در کودکان حتی بزرگسالان دیده می شود و تعداد قابل توجهی از کودکان و نوجوانان به آن دچارند نمی توانند توجه خود را متمرکز کنند و در

تحرک زیادند و معمولاً در یادگیری پیگیری و تمام کردن کارها، دوستیابی و حفظ دوستان مشکل دارند.

۱۰) اختلال نقص توجه و بیش فعالی یکی از شایع ترین اختلالات مزمن است که کودکان در سن مدرسه را

متاثر میکند. زمانی که درمان و تشخیص صورت نگیرد، اختلال می تواند ناتوان کننده و بصورت بالقوه ای

تأثیرات مخرب و ویران کننده ای برای کودکان و خانواده ها داشته باشد..

۱۱) اختلال بیش فعالی که در اغلب موارد با نقص توجه همراه است، معمولاً در دوران کودکی بروز می کند.

تشخیص این اختلال در سنین زیر پنج سال قدری مشکل است زیرا امکان دارد با رفتارهای طبیعی و شیطنت

آمیز کودکان اشتباه گرفته شود. با این حال، متخصصان می توانند این اختلال را تشخیص دهند و پیش بینی های

لازم را به عمل آورند. این اختلال با فعالیت بیش از اندازه، خرابکاری و آزار رساندن همراه است.

۱۲) از نظر علمی بچه هایی "بیش فعال" محسوب می شوند که تحرک و ناآرامی زیادی از خود نشان دهند، به

نحوی که عدم تمرکز در خصوصیات شخصیتی آنان توجه والدین و معلمان را به خود جلب کند. این قبیل بچه

ها معمولاً کنترلی برخواسته های خود ندارند و به عبارتی غریزه ترمز یا بازدارنده آنها بسیار ضعیف است

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

## تعریف کلی اختلال پرتحرکی

آیا پرتحرکی یک بیماریست؟ یا فقط رفتاری کسل کننده و عادی از یک کودک نامنظم و یاغی می باشد؟ آیا یک سندرم است؟ یا مجموعه ای نامربوط از شکایاتی بهم آمیخته که بوسیله معلم یا یکی از والدین بیان می شود؟ در واقع پرتحرکی اختلالی است با این علائم: رفتار و کردار ناگهانی - حواس پرتی - اختلال در تمرکز فکر - بی قراری شدید حرکتی - تحریک پذیری شدی - عدم ثبات هیجانی - منفی گرایی تخریب و انهدام و شکستن اشیا - رفتار ضداجتماعی و اختلالات یادگیری. این کودکان معمولاً کم خواب نیز هستند و به ظاهر خستگی ناپذیر می آیند. به علت رفتارهای ناگهانی ممکن است یک دفعه به وسط خیابان پریده و یا خود را از پنجره به پایین پرت نمایند. بنابراین از این نوع تصادفات و حوادث در مورد آنها زیاد اتفاق می افتد. این کودکان اغلب بدون علت اشیا را می شکنند و یا دیگران را کتک می زنند، حیوانات را اذیت می کنند و حتی ممکن است آنها را بکشند، تصمیم های فوری بدون تفکر می گیرند، تغییرات سریعی در خلق و خویشان بوجود می آید، ممکن است بر اثر عواملی جزئی هیجانی، بانشاط و یا برعکس غمگین و افسرده شوند. بی قراری آنها به حدی است که از سر میز غذا نیمه کاره بلند می شوند، روی صندلی مدت زیادی نمی توانند بنشینند و در کلاس و اتوبوس و سینما اغلب از جایشان بلند شده و بدون هدف راه می روند، بعضی از آنها زیاد حرف میزنند. ممکن است بانشاط نیز به نظر برسند به طوری که انسان را به یاد هیپومانی بزرگسالان می اندازند، بازی آنها بی سرو سامان است و هر لحظه به یک بازی می پردازند. سازش اجتماعی آنها ضعیف است، رفتارهای قوی ضداجتماعی در آنها وجود دارد، که بیشتر بسته به محیط آنهاست. در منزل، مشکلات توجیهی کودک بصورت نقص در برابر خواهشهای والدین و تعالیم آنان از یک طرف و عدم تحمل کارها و بازیهای وی در دوره ای از سن کودک از طرف دیگر دیده می شود. پرتحرکی در نوجوانان

که " همچون یک ماشین همیشه در حال حرکت است، و آرام گرفتن یا نشستن در یک جا برای او مشکل می باشد. کودکان بزرگتر و بالغین ممکن است بی نهایت بی قرار و عصبی باشند از نظر تمایز بین کیفیت این اختلال و پرکاری معمولی قاعده این است که رفتار حرکتی در اختلال پرتحرکی منجر به انجام اتفاقی نامرتب و بدون هدف مستقیم و واضح می شود.

در موقعیت هائی فعالیت های حرکتی بیش از اندازه از آنان سر می زند، مثلا در زمین بازی در این کودکان آنچنان پرتحرکی دیده می شود که قبلا دیده نشده است. بطور کلی علائم این اختلال در هر کودک بسته به زمان و موقعیت فرق می کند.

بطور کلی ممکن است رفتار یک کودک در خانه بخوبی سازمان یافته و مناسب باشد ولی در کلاس درس یا موقعیت اجتماعی دیگر بهم بخورد. ممکن است تطابق کودک در منزل رضایت بخش باشد و مشکلات او تنها در مدرسه پدیدار شوند. بندرت اتفاق می افتد که کودک علائم این اختلال را در همه جا و هر وضعی و یا اینکه همیشه در یک موقعیت خاصی نشان دهد. علائم بسته به سن کودک فرق می کند و شامل لجاجت، سرسختی، منفی کاری، خودرایی، تهدید و دیگر آزاری، بالا بودن نوسان خلق، کاهش تحمل شکست ها، مزاج طغیانگر، پایین بودن میزان احترام به خود و فقدان واکنش نسبت به تادیب یا انضباط است.

ممکن است علائم غیر موضعی عصبی و اختلالات حرکتی درکی مثل ضعف در هماهنگی چشم و دست و اختلالات E.E.G در آنها دیده می شود. به هر حال تنها ۵۰٪ از موارد اختلال پرتحرکی همراه با یک اختلال عصبی قابل تشخیص است.

سن شروع اختلال به طور دقیق در ۳ سالگی است، اگر چه این اختلال غالبا پیش از رفتن به مدرسه مورد اعتراف و اظهار قرار نمی گیرد. اختلال پرتحرکی دارای سه دوره مشخص است، دوره اول تمام علائم دوره نوجوانی و بلوغ همچنان باقی و ثابت هستند، در دوره دوم اختلال خود به خود محدود می شود و تمام علائم به

و حرکات آنی دوره ی جوانی و بلوغ باقی می ماند . میزان شیوع این دوره های سه گانه نامعلوم است.

میزان آسیب و گرفتاری: این کودکان دارای مشکلات تحصیلی شایع هستند و اگرچه اختلال در زمینه ی تحصیلی ممکن است محدود باشد اما رفتارهای ضد اجتماعی می توانند به طور واضحی دچار اشکال شوند.

تعداد کمی از کودکان مبتلا به این اختلال نیاز به درمان دائمی دارند.

عوارض پرتحرکی : افت تحصیلی ، اختلال سلوکی و اختلال شخصیت ضداجتماعی از مهمترین عوارض می باشند. عوارض زمینه ساز پرتحرکی: عقب ماندگی خفیف یا متوسط صرع، بعضی از انواع فلج مغزی و سایر اختلالات عصبی ممکن است زمینه ساز این اختلال باشند.

شیوع این اختلال در کودکان ۱٪ تا ۲٪ است. میزان شیوع این اختلال در پسران ده برابر دختران می باشد. این اختلال در اعضای یک خانواده نسبت به کل جمعیت شیوع بیشتری دارد.

کودکان پرتحرک اکثرا دارای تاریخچه ی زندگی ای هستند که در بعضی جنبه ها وجوه مشترک دارند، اکثرا در ایام کودکی دچار بیماری های طولانی یا صعب العلاج بوده ، اغلب در زایمان های غیرطبیعی متولد شده اند، یا مادر در دوران بارداری از نظر روحی وضع متعادلی نداشته است. در محیط خانه اعمال یا رفتار ناصحیح وجود داشته و کودک بر آنها ناظر بوده یا به وی زور گفته شده ، به طوری که او را سرکش و یاغی بار آورده است، چون به نحوی کودک میخواست به ضعف خود غلبه کند. در محیط خانواده به شخصیت طفل توجه نشده و نسبت به وجود او و خواسته هایش بی تفاوت بوده اند، و در نتیجه باعث ایجاد عقده حقارت و حالات پرخاشگری گردیده اند.

## توصیف بالینی پرتحرکی

متخصصین بالینی، قبل از اینکه تصمیم بگیرند آیا این نابهنجاری ها برای اینکه به عنوان یک اختلال شناخته شوند، به اندازه کافی بازدارنده و از لحاظ عملکرد مختل هستند یا نه، باید به شدت فراوانی و همچنین زمینه اجتماعی وقوع رفتار توجه کنید.

پرتحرکی به عنوان حواس پرتی و فراخنای کوتاه توجه مورد مشاهده قرار می گیرد. کودک یا نوجوان ممکن است بوسیله محرکهای شنوایی یا بینایی یا هردو دچار حواس پرتی شود. تحرک پذیری آنی در عملی که کودک

قبل از فکر کردن انجام می دهد منعکس می شود. بنابراین از طریق تجربه، یادگیری نخواهد داشت. تکلیف مدرسه عجولانه یا با کیفیت پایین انجام می گیرد. کودک، ممکن است به سرعت عکس العمل نشان دهد، روی میزها بکوبد یا فعالیتهای مخرب انجام دهد. این صحنه ها شاید برای مشاهده پرتحرکی از همه آسانتر باشد. چنین کودکانی در ثابت نشستن یا بی حرکت نشستن در خانه یا مدرسه مشکل دارند و بطور مداوم بی قرارند. همیشه در مکانی که هستند وول میخورند، با انگشتانشان روی میز می زنند، یا برای راه رفتن و دویدن به اطراف

از جا می پرند. هنگام تماشای تلفن بی قرار هستند، فعالیتهای متعددی را همزمان انجام میدهند. بسیاری از کودکان مسائل عاطفی را به علت ناکامیها و شکستهایی که تجربه میکنند، توسعه می دهند. این مسائل ممکن

است بوسیله کنش نمایی، افسردگی و شکایت جسمی یا هریک از اختلالات مذکور بیان شوند. مسائل اجتماعی یا رفتارهای تحریکی و نارس و روابط ضعیف با همسالان همراه است. فشار خانوادگی یا اختلال در عملکرد

نیز جایی که والدین یا خواهر و برادرشان سعی کند که با رفتار آنها مدارا کرده و نسبت به آن عکس العمل نشان ندهند، شایع است.

قائل می شود. مطالعات او نشان می دهد، گروه خیلی کوچکتري که دچار شکل پایدار اختلال هستند خیلی جدی تر تحت تاثیر قرار می گیرند و پیش آگهی هیا ضعیف تری دارند. متخصصین بالینی به هر حال باید آگاه باشند که بسیاری از کودکان پرتحرک که در ارتباطات اولیه شان با متخصصین، علائمی را ظاهر نمی سازند. راحت نبودن در موقعیت های جدید و ترس اولیه از هر فرد صاحب قدرت ممکن است رفتار سربه زیرانه ای بوجود آورد که کاملاً با خصوصیت اصلی کودک تفاوت دارد و آزماینده را به تصور اینکه مسئله خفیف است گمراه کند.



[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

### تاریخچه اختلال پر تحرکی

در سال ۱۸۴۵ یک پزشک آلمانی به نام هنریخ هافمن در یک قطعه شعر طنزآمیز یک نوجوان مزاحم تحریکاتی و شرور به اسم فیلیپ را بی قرار معرفی کرد، و بدین گونه اختلال پر تحرکی به نام بیماری هافمن نامگذاری شد. آنچه از گذشته تاکنون جلب نظر میکند عناوین مختلفی است که پژوهشگران برای توصیف این اختلال ذکر کرده اند. زمانی اصطلاح "آسیب خفیف مغزی" برای تشریح اختلال، مورد استفاده قرار می گرفت. ولی این مفهوم به سوی مفهوم دقیق تر "اختلاف خفیف در عملکرد مغز" که تاثیر مهمی در درمان تربیتی و تشخیص داشت، سوق داده شد. اصطلاح "اختلاف خفیف در عملکرد مغز" در مورد کودکانی به کار میرود که از لحاظ هوش کلی نزدیک به متوسط یا بالاتر از متوسط هستند ولی در آنها ناتوانیهای رفتاری یا یادگیری معین که از خفیف تا شدید متغیر است و با انحرافات عملکرد سیستم اعصاب مرکزی همراه می باشد وجود دارد. این انحرافات خود را در ترکیبات متنوعی مانند نقص در ادراک، مفهوم سازی، زبان، حافظه، کنترل توجه، تحریک یا عملکرد حرکتی ظاهر می سازند.

پرتحرکی" از سوی متخصصین برای مشخص کردن این اختلال بکار رفته است. طبق نظر متخصصان انجمن روانپزشکی آمریکا این اختلال را تحت عنوان "اختلال نقص توجه" مورد شناسایی و توصیف قرار می دهد. کودکان دچار این اختلال که قبلا تحت عنوان "اختلال خفیف در عملکرد مغز" مورد توصیف قرار می گرفتند کودکانی هستند که در آنها ناتوانیهای یادگیری، پرتحرکی، حواس پرتی و سایر علائم اختلال در سیستم اعصاب مرکزی با هم رخ داده است. این کودکان اغلب مشکلات عاطفی دارند که نتیجه ناکامیها و عدم موفقیت هایشان در مدرسه و یا در ارتباط با همسالان و خانواده ی خود می باشد. اما این اختلال مستلزم تشخیصهای جداگانه برای هر مساله است. یک فرد می تواند یک کودک یا نوجوان را تحت این عنوان که دارای ناتوانیهای یادگیری است، یا اینک حواس پرت، پرتحرک، یا هر دو می باشد مورد طبقه بندی قرار دهد.

در ادبیات توصیفی کودکان با اختلال نارسایی بیش فعالی به نام برخی از افراد معروف برمی خوریم که نویسندگان آن منابع، ادعا کرده اند که این افراد، به این اختلال مبتلا بودند. این ادعا براساس شرح حالی که از زندگی این افراد در تاریخ آمده انجام گرفته است بدون اینکه این ادعا را تأیید بکنیم نام برخی از این افراد را یادآور می شویم.

سقراط، موزارت، ناپلئون بناپارت، جمال عبدالناصر، نیوتون، الکساندر گراهام بل، چرچیل، هانس کریستین آندرسون، آگاتا کریستی، بتهوون، لئوناردو داوینچی، گالیله، لئو تولستوی، ارنست همینگوی، شاهزاده چارلز، ونگوگ، ادیسون، بیل کلینتون، جرج بوش، جان کندی، جان راکفلر، بیسمارک، داروین، اینشتین، برنارد شاو، پیکاسو.

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

### بررسی پژوهشهای پیشین

از حدود ۱۵۰ سال پیش که پرتحرکی بعنوان یک اختلال مورد توجه قرار گرفت متخصصان مختلفی که عمدتاً روانپزشک، روانشناس بالینی، روانکاو، عصب شناس، فیزیولوژیست و متخصص تعلیم و تربیت بودند، به انجام تحقیق در مورد علل و عوامل سبب شناختی اختلال و آثار محیطی و خانوادگی بر کیفیت بروز علائم آن و بطورکل جنبه های مختلف مرتبط با پرتحرکی، علاقه نشان داده اند. متأسفانه در ایران در این زمینه هیچگونه پژوهشی صورت نگرفته است.

متخصصانی که در این زمینه به پژوهش پرداخته اند عبارتند از:

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

کرده اند.

استات، روی عوامل سبب شناسی اختلال تحقیق کرد.

اندر در ۱۹۷۱ پیرامون نقش عوامل ژنتیکی در ایجاد اختلال مطالعه کرد.

سامروف و چمپلر نقش موقعیت های اجتماعی - اقتصادی را در ایجاد اختلال پرتحرکی مورد بررسی قرار دادند.

میچی باون و گودمن در سال ۱۹۷۱ پیرامون درمان شناختی کودکان پرتحرک پژوهش هایی انجام دادند.

کانن و دیگران در سال ۱۹۷۱ درمان آموزشی و تربیتی را مورد تحقیق قرار دادند.

ریتال و همکارانش مطالعات روان سنجی روی کودکان پرتحرک انجام دادند.

فاین گلد در ۱۹۷۳ که روی نقش عناصر شیمیایی و غذایی در ایجاد و تشدید پرتحرکی، تحقیقاتی انجام دادند.

جاکوب در سال ۱۹۷۳ رفتار درمانی کودکان پرتحرک را مورد تحقیق قرار داد.

گاردنر در استفاده از تکنیکهای فعال روان درمانی و نقش آنها در بهبود علائم به مطالعاتی پرداخت.

براد و ولپ و همکارانش روی الگوهای والدین و رابطه ی آن با پرتحرکی به پژوهش پرداختند.

در ۱۹۷۶ پاترینیت و همکارانش روی الگوهای والدین و رابطه ی آن با پرتحرکی به پژوهش پرداختند.

کانینگهام و بارکلی در ۱۹۷۹ تعامل والدین و کودکان پرتحرکی را مورد مطالعه قرار دادند.

ساترفیلد در طول سالهای ۱۹۸۱ تا ۱۹۸۶ روی درمان چند جنبه ای مطالعاتی انجام داد.

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

خصوصیات تشخیص اختلال پرتحرکی

اختلال نقص توجه به سه نوع نقص توجه همراه با پرتحرکی، نقص توجه بدون پرتحرکی، نقص توجه نوع باقیمانده تقسیم می شود. ولی دیدگاه جدیدی که نشات گرفته از عقاید پیشینیان است و در حال حاضر مورد نظر بسیاری از دست اندرکاران این زمینه می باشد. در این قسمت به خصوصیات تشخیصی اختلال طبق طبقه بندی انجمن روانپزشکان آمریکا ذکر می شود:

– خصوصیات تشخیص اختلال نقص توجه همراه با پرتحرکی

کودک در ارتباط با سن عقلی و زمانی خود علائمی را از پیشرفت نامناسب در بی توجهی، تحریکات آنی و پرتحرکی نشان می دهد. این علائم باید توسط بالغین که در محیط زندگی کودک هستند از قبیل والدین یا

شدیدتر می شود. همچنین تعدادی علائم اختصاری در کودکان بین هشت تا ده ساله یافت می شوند و این حداکثر سنی است که در آن می توان عنوان اختلال را برای یک کودک مطرح کرد. در کودکانی که در سنین پایین تر هستند معمولا انواع شدیدتر و بیشتری از علائم و نشانه ها یافت می شود. عکس این موضوع در مورد کودکان بزرگتر صادق است.

الف) بی توجهی - که حداقل با سه علامت از علائم زیر مشخص می شود

- ناتوانی دائمی در تمام کردن کاری که شروع کرده است

- به نظر می رسد که هیچ وقت به چیزی گوش نمی دهند

- به آسانی دچار حواس پرتی می شود

- برای تمرکز حواس روی انجام کارها و تکالیف مدرسه که نیاز به توجه مداوم دارند دچار مشکل است

- در ادامه بازیهای فعال دچار مشکل می شود

ب) تحریکات آنی - که حداقل با سه علامت از علائم زیر مشخص می شود

- همیشه پیش از فکرکردن، اقدام به عمل می کند.

- تغییر از یک فعالیت به فعالیت دیگر با شتاب و شدت زیاد انجام می گیرد

- در سازماندهی و مرتب کردن کارها دچار مشکل است

- نیاز به سرپرستی زیادی دارد

- غالبا از کلاس اخراج می شود

- در مورد انتظار برای ورود به بازیها یا موقعیت های گروهی دچار مشکل است.

ج) پرتحرکی - که حداقل با دو علامت از علائم زیر مشخص می شود:

- سرگردانی رفتن بر روی اشیا که با شدت و شتاب زیادی انجام می گیرد.

- نمی تواند آرام بنشیند به شدت بی قرار است و به خود می لولد

- از نظر نشستن در یک جا و ادامه وضعیت ثابت برای خود دچار مشکل است.

- همیشه در حال راه رفتن است و یا اینکه کارهایش طوری است که گویی بوسیله یک ماشین به حرکت درآمده است

(د) شروع اختلال باید قبل از هفت سالگی باشد

(ه) دوره بیماری حداقل شش ماه باشد.

(و) اختلال نباید بعلت اسکیزوفرنی، اختلال خلقی، یا عقب ماندگی شدید و عمیق باشد

- اختلال نقص توجه بدون پرتحرکی

خصوصیات تشخیص این اختلال همانند تشخیصی اختلال پرتحرکی یا پرتحرکتی است با این تفاوت که شخص مبتلا هیچ یک از علائم پرتحرکی را ندارد

- اختلال نقص توجه نوع باقیمانده

(الف) فرد مبتلا گاهی خصوصیات اختلال پرتحرکی با پرتحرکتی را نشان می دهد و این اطلاعات گاهی بوسیله خود شخص یا دیگران نظیر اعضای خانواده گزارش می شوند.

(ب) علائم پرتحرکتی مدت زیادی ادامه نمی یابند ولی سایر علائم مدت بیشتری ادامه می یابند بدون اینکه دوره ای از تخفیف یا فروکش کردی دیده شود و بیماری براساس علائم مربوط به اختلال توجه و

تحریکات ثابت می شود.

(ج) علائم بی توجهی و تحریکات آنی که منتهی به برخی اشکالات در زمینه اجتماعی یا حرفه ای شوند.

(د) اختلال نباید به علت اسکیزوفرنی، اختلال خلقی، عقب ماندگی شدید یا عمیق یا اختلال شخصیت اسکیزوتایپی یا مرزی باشد.

- خصوصیات تشخیص پرتحرکی از دیدگاه سایر متخصصین

شناسی برای تشخیص این اختلال پیشنهاد می کنند:

الف) علائم اولیه: پرتحرکی، بی قراری، عدم توجه، نقص در قضاوت، عاطفه منفی، عدم تطابق و ناسازگاری

ب) علائم ثانویه: رفتار پرخاشگرانه بین فردی، نقص در کنترل تحریکات، اشکال در عزت نفس

### کودکان مبتلا به ADHD

بیش فعالی، یکی از اختلالات بسیار شایع در کودکان است و بیشتر، کودکانی را دربرمی گیرد که پرخاشگرو تحریک پذیر هستند و پیوسته از یک فعالیت به فعالیت دیگر می پردازند، بدون اینکه یک کار را بتوانند به طور کامل انجام دهند. کم توجهی در این کودکان در تمام فعالیت هایشان به چشم می خورد و در روابطشان در خانه،



پرخاشگر هستند. با کودکان دیگر نیز ریاست طلب و بی انضباط می شوند، علت اینکه چرا بعضی از این کودکان دچار این مشکلات برای بسیاری از والدین شاید ناشناخته باشد. والدین باید بدانند که این کودکان معمولاً در نوباوگی نیز علائمی از خود نشان می دهند. کم خوابی، گریه زیاد، حساسیت بیش از حد به نور و صدا از نشانه های این اختلال است. این کودکان معمولاً در نوزادی در آغوش مادر آرام نمی گیرند و مرتب در حال تکان خوردن هستند، مدام جیغ می زنند و حتی در شیر خوردن نیز مشکل دارند. بیش فعالی ممکن است با بالا رفتن سن کودک برطرف شود، ولی اگر والدین نسبت به آن بی توجه باشند، این کودکان در بزرگسالی دچار رفتارهای ضد اجتماعی می شوند. بهره هوشی کودکان بیش فعال در حد طبیعی و شاید بالاتر باشد، ولی به دلیل غیر منطقی بودن اعمالشان و اینکه اصلاً خطر را احساس نمی کنند، معمولاً اطرافیان نسبت به بهره هوشی طبیعی آنها دچار تردید هستند. این کودکان مدام در حال حرکت هستند و کارهایی که نیاز به آرام ماندن دارند، مثل نشستن سر میز غذا، ساکت ماندن سر کلاس درس و ... برایشان بسیار دشوار است. به نظر می رسد که کودک قبل از انجام دادن کارها، قدرت فکر کردن ندارد و نمی تواند جلو واکنش هایش را بگیرد. این کودکان اغلب مطالب نامربوطی را بر زبان می آورند و کنترلی روی احساساتشان ندارند. گاهی نیز کنترل غذا خوردن را از دست داده و چاق می شوند. کم توجهی در آنها به حدی است که خیلی وقت ها نمی توانند به یاد بیاورند که وسایل خود را کجا گذاشته اند. در طول روز زیاد می خوابند، گیج هستند و بعضی اوقات حرکات بسیار آهسته ای انجام می دهند بیماری این کودکان در مدرسه خیلی زود تشخیص داده می شود، زیرا مدام از انجام دادن تکالیف درسی بخصوص تکالیفی که احتیاج به تمرکز و وقت زیادی دارد اجتناب کرده و به دستورات و قوانین مدرسه، بی توجهی می کنند

#### نوجوانان مبتلا به ADHD

پژوهش قادر به شناسایی کامل اینکه کدام دسته از کودکان مبتلا به ADHD احتمالاً نشانه ها را تداوم می بخشد و یا اختلال رفتاری دیگر را نشان می دهند نبوده است. حدود ۷۰ درصد کودکانی که مبتلا به ADHD تشخیص داده شده اند، علائمی از این اختلال را ظاهر می سازند که در دوره ی نوجوانی نیز ادامه می یابند. از این

مصرف مواد را در دوره ای از زندگی خود نشان می دهند. نوجوانانی که تداوم نشانه های ADHD را تجربه نمی کنند، مانند همسالان "بهنجار" خودشان عمل میکنند.

چون قرار گرفتن در محیط کلاس، به طور معمول مستلزم گوش دادن زیاد، داشتن انسجام فکری و یادگیری حفظی است، افراد مبتلا به ADHD مشکلات قابل ملاحظه ای را در مدرسه دارند. براساس نتایج برخی از مطالعات، حدود ۲۵ درصد از نوجوانان مبتلا از دبیرستان ترک تحصیل میکنند.

معلمان سال آخر که با افراد مبتلا به ADHD کار می کنند، این دانش آموزان را در حوره هایی مانند انجام دادن تکالیف، کار کردن مستقلانه، به سر بردن با دیگران، و وقت شناسی، ضعیف تر از دیگران ارزیابی می کنند. این نتایج می تواند فقدان مهارت های خاص را که برای کار در موقعیت مدرسه لازمند، و مجموعه تقایص آموزشی را که توسط این کودکان در دوران تحصیلشان ایجاد می شوند، توجیه کند.

بزرگسالان مبتلا به ADHD

بزرگسالان مبتلا به ADHD همان گروه از نشانه های اصلی را که در کودکان دیده می شود ظاهر می سازند اما ممکن است نشانه هایی را به شکل متفاوتی نشان دهند. برای مثال، بزرگسالان مبتلا به ADHD ممکن است:

- شغل خود را به کرات تغییر دهند
- در توجه به تکالیف ملال آور و خسته کننده با مشکل مواجه باشند
- با ارائه کوچکترین عامل مزاحم یا محرکهای جدید، حواسشان از تکالیف
- در مورد پول، مسافرت، مشاغل یا طرح های اجتماعی، تصمیمات تکانشی بگیرند
- تصادفات رانندگی در آنان بیشتر باشد، آسیب های جسمی شدیدتری داشته باشند و بیشتر از همسالان بهنجار خود به دیگران صدمه بزنند.

به همان موضوع بر می گردند.

پژوهشگران برآورد کردند که ۳۰ تا ۵۰ درصد بزرگسالانی که در دوره کودکی مبتلا به ADHD تشخیص داده شده اند مشکلات خود را تداوم می بخشند و نشانه های آنان به اندازه ای شدید است که باعث اختلال در کارکرد روزانه آنان می شود.

براساس مطالعات طولانی مدت اخیر، تنها ۷۵ درصد این بزرگسالان از دبیرستان فارغ التحصیل می شوند و تعداد خیلی کمی از آنان دانشگاه را به اتمام می رسانند. با اینکه آنان احتمالاً مانند افراد غیرمبتلا به ADHD استخدام می شوند ولی پایگاه شغلی آنان پائین تر است و این تا حدی به سطح پایین تر تعلیم و تربیت مربوط است. همچنین افراد مبتلا بیشتر در رابطه جنسی قبل از ازدواج وارد می شوند و فرزندان نامشروع بیشتری دارند و در مقایسه با همسالان بهنجار خود میزان بیماری های واگیردار جنسی در آنان بیشتر است.

برخی از اختلال های روانی به خصوص اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال مصرف مواد میان بزرگسالان مبتلا به ADHD شیوع بیشتری دارند. این اختلال ها در افرادی که اختلال در حوزه های توجه ، تکانشگری و بیش فعالی را به طور مداوم تجربه می کنند با فراوانی بیشتری بروز می کنند.

برخی از صاحب نظران بیان می کنند برای تشخیص بزرگسالان در مقابل کودکان باید از ملاک های متفاوتی استفاده شود. آنان ملاک های زیر را مطرح می کنند:

\* فعالیت های حرکتی مداوم

\* نارسایی توجه

- حواس پرتی

- ناتوانی در توجه به یک مکالمه

- ناتوانی در تمرکز خواندن یک مطلب

- مشکل تمرکز در کار

\* ناپایداری هیجانی

- ناتوانی در انجام تکالیف

- تندخویی

- تکانشگری

- تحمل کم در مقابل استرس

عقاید متخصصان پیرامون پرتحرکی

### لافر و دنهاف

اولین توصیف دقیق و منظم از سندرم پرتحرکی بوسیله یک روانپزشک کودک به نام لافر و یک متخصص اطفال و عصب شناس به نام دنهاف ارائه شد. آنها علاوه بر در نظر گرفتن اختلال بعنوان یک سندرم طبی، یک مکانیزم پاتوفیزیولوژیکال را به عنوان نشانه های عمده و مکانیزمهای روانشناختی را برای نشانه های غیرعمده پیشنهاد کرد، و یک برنامه درمانی چندجمله ای که شامل دارو درمانی و روان درمانی و تربیت درمانی باشد ارائه دادند. نشانه های اساسی این اختلال از نظر لافر و دنهاف تنها شامل پرتحرکی، فراخنای محدود توجه، نیروی ضعیف تمرکز، تغییر پذیری در عملکرد رفتاری، تحریک پذیری آنی، ناتوانی در به تاخیر انداختن لذت، حالت انفجاری، عملکرد تحصیلی ضعیف و اشکالات مدرسه ای نیست و به عنوان نتیجه منطقی اختلالات سلوکی در نظر گرفته

اختلال شناخته می شوند، و تمام این نشانه ها مفدماتی و ابتدایی به عنوان نتیجه مستقیم کمبود در دیانسفال مغز تلقی می گردند.

بسیاری از کودکانی که آنها را مورد بررسی و مطالعه قرار داده بودند مبتلا به انسفالیت، صرع و یا آسیب مغزی بودند و اگرچه سندرم پرتحرکی در ۲۳٪ موارد با فلج مغزی همراه بوده ولی عواقب متنوع آسیب مغزی به طور مستقل در سندرم پرتحرکی واقع می شود. البته عواقب متنوع این سندرم بنا به نظر این متخصصین بستگی به مکان، نوع و مدت آسیب دارد.

در طفولیت تحریک پذیری بیش از حد، آمادگی برای گریه، ناآرامی، یک جدول رشد، رفتار بیش از حد پرتحرک، یا

همه این انواع نشانه ها ممکن است وجود داشته باشد.

اختلالات خواب شایع است که شامل اشکال در به خواب رفتن یا در بیشتر موارد خواب بی موقع و بیداری بعد از مدت کوتاهی که غالباً همراه با خشم می باشد نشانه های دیگر از اختلال است.

لافر و دنهاف اعتقاد داشتند که تعدادی از نشانه های ثانوی در این کودکان بخاطر حساسیت غیرعادی آنها نسبت به محرکات داخلی و خارجی تظاهر می کند. تحریک پذیری، بدخلقی، تنیدگی، رفتارهای در خواست همراه با عدم ارضا، آسیب پذیری بیشتر کودک را به محرکهای طبیعی احشائی و اشتھائی منعکس می کند، مجموعه ای بدون انتها از تقاضاهای بیش از حد که هرگز ارضا نمی شود.

#### دنيس کانتول

دنيس کانتول از روانپزشکانی بود که برای ارائه یک تعریف دقیق و عملیاتی از سندرم پرتحرکی تلاش کرد. وی تصویر بالینی سندرم کودک پرتحرک را بصورت یک طیف از یک پسر بچه لوس، نابالغ و ناتوان در عملکرد تحصیلی در سطح استانداردهای مورد انتظار، تا کودک کاملاً فعال، پرخاشگر و ضداجتماعی که در یک کلاس عادی قابل کنترل نیست می داند.

رفتار ضداجتماعی و پرخاشگرانه ، ناتواناییهای شناختی و یادگیری و نشانه های عاطفی مثل افسردگی و اعتماد به نفس پائین تر می باشند.

یکی از ویژگیهای دیدگاه کانتول اشتیاق به در نظر گرفتن این موضوع است که احتمال دارد زیرگونه های مشخص اختلال نیز وجود داشته باشد. برای مثال ممکن است زیرگونه های مختلف ژنتیکی بسته به این که آیا خانواده یک بار ژنتیکی برای اختلال دارند یا نه، وجود داشته باشد.

کانتول همچنین این احتمال را که ممکن است زیرگونه های متمایزی مبتنی بر اختلال در عملکرد عصبی، نابهنجاری E.E.G و الگوی رفتاری پرخاشگرانه و ضداجتماعی وجود داشته باشد در نظر می گیرد. علی رغم توصیف سندرم در قالب اصطلاحات اساسا رفتارگرایانه ، مفهوم سازی کانتول از مسئله به طور شتابزده ای با یک رویکرد مدل پزشکی برای وحدت جنبه های مختلف تابلوی بالینی در مسیری واحد قرار می گیرد. کانتول در حالیکه اصطلاح مدل پزشکی را بعنوان یک اصطلاح مورد سو استفاده قرار گرفته بکار می برد، رویکرد مدل پزشکی را بطور مستندی مفید می داند.

### سافر و آلن

سافر و آلن معتقد بودند که بیش از ۸۵٪ کودکان پرتحرک بد اخلاقند. والدین و معلمان آنها شکایت دارند که آنان کودکانی ستیزه جو، دعواگر، نافرمان و متخاصم هستند. تحقیقاتی که درباره ی این کودکان . همسالانشان به عمل آمده است نشان می دهد که کودکان پرتحرک پرخاشگر هستند و دیگر کودکان نظر مساعدی نسبت به آنها ندارند . همچنین از ویژگیهای مرتبط با تحرک بیش از حد چون لجاجت ، منفی بافی، ریاست طلبی، قلدری ، کج خلقی، بردباری کم در نومیادی و واکنش ضعیف در برابر انضباط یاد می کند.

آنان همچنین از پذیرفتن این طرز تلقی که پرتحرکی از یک سو یک سندرم و از طرف دیگر مانند یک سبب بدون استفاده از نشانه هاست امتناع کرده و اینطور بیان می کند که:

را به بی توجهی، اشکالات یادگیری و مسائل رفتاری نسبت می دهند در حالیکه جنبه های غیر اصلی را شامل تحریک پذیری، مشکلات آشکار و اعتماد به نفس پائین می دانند. آنها معتقدند که پرتحرکی یعنی نشانه اصلی اختلال ماهیتی رشد یابنده دارد، در اوایل کودکی رخ می دهد، اگرچه غالباً به شکل شگفت آوری در کلاس درس و در اواخر کودکی آشکار می شود. همانند مشاهدات لافر و دنهاف، سافر و آلن نیز دلایلی برای اثبات تشخیص شان بوسیله ترسیم های غیر عادی تست بندر گشتالت، نابهنجاری نامشخص E.E.G، آزمایش عصبی کودک، تست هوش و تست تحصیلی یافته اند.

### جان وری

جان وری در ۱۹۷۹ در می یابد که اگر چه ماهیت تشخیصی پرتحرکی مورد جدل و مباحثه است، اما کودکانی که از لحاظ بالینی پرتحرک تشخیص داده شده اند، بوسیله نشانه های اولیه ای که مورد توافق مشاهده کنندگان مختلف قرار گرفته به شکل واضحی از کودکان عادی و از کودکان مضطرب منزوی متمایز می شوند. وری همچنین در می یابد که در متون تحقیقاتی دلایلی برای حمایت از نقش آسیب های مضر برای مغز، نابهنجاریهای خفیف عصبی، نابهنجاریهای متوسط ادراکی و شناختی، نابهنجاریهای خفیف E.E.G عدم هماهنگی های حسی حرکتی و عدم تعادل جسمی جزئی، می توان یافت. جان وری نیز همانند کانتول پیشنهاد می کند که قبل از آنکه مباحث تشریحی بتواند حل شوند باید طبقه بندی های فرعی مبتنی بر رویکردهای چندجنبه ای کلینیکی عصب شناختی و اطلاعات سایکوفیزیولوژیکال (روان تنی) بوجود بیاید.

### کرول والن

کرول والن و همکارانش طی یکسری مقالات تجربی و تئوریک نقش سیستم اجتماعی و زمینه های نهادی را در تعریف، اندازه گیری و درمان کودکان پرتحرک مورد بررسی و جستجو قرار دادند. والن با در نظر گرفتن تشخیصها اظهار میدارد که الگوی رفتارهای مختل در میان کودکان متفاوت است و امکان دارد نتیجه نقایص متنوع و پیچیده فرآیندهای بیولوژیکی و روان شناختی باشد.

وسیع‌تری از کودکان که مشکلات جدی در تمرکز، بازداری، واکنش‌های مناسب و کنار آمدن با دنیای روزمره دارند" در نظر می‌گیرد. وی با مرور کردن مسائلی که در حیطه توجه، شناخت و یادگیری، فعالیت‌های حرکتی و توانایی اجتماعی قرار می‌گیرد. چون نتیجه‌گیری می‌کند که تناسبی کمی وجود دارد که کواریانس را در عرض یا در درون این قلمرو نشان می‌دهد. کودکان پرتحرک بطور یکنواختی به عنوان کودکان بی توجه از لحاظ حرکتی بازداری و کودکانی که در رفتارهای شناختی و رفتاری دچار اختلال در کارکرد هستند در نظر گرفته می‌شوند و در یک قلمرو خاص، شاخص‌های ثابت اختلال در عملکرد به صورت یک نقص یکپارچه در اندازه‌های مخصوص توجه وجود ندارد.

این محققان اظهار می‌دارند که تنوع در مسائل کلاس درس مانند سروصداها، اطراف، مشکل بودن تکلیف، درجه ساختار و قواعد تحمل شده از طرف دیگران، تفاوت‌های بین کودکان پرتحرک و عادی را تقویت کرده یا کاهش می‌دهد. الگوهای ارتباط اجتماعی و ایجاد سروصدا بعنوان واکنش کودک در برابر موقعیتش و در برابر قیود و فشارهای محیطی متنوع می‌شوند.

### راسل بارکلی

بارکلی با سخت‌گیری سازش‌ناپذیری بیش از ۲۰۰ بررسی بر روی کودکان پرتحرک را مرور کرد و دریافت که در ۷۰٪ این موارد در استفاده از معیارهای عینی برای تشخیص دادن کودکان پرتحرک نقص وجود داشته است.

بارکلی در مورد اختلال کمبود توجه به دلایل متعدد انتقاد می‌کند:

اولاً اینکه چرا یکبار با پرتحرکی و یکبار بدون آن مرزبندی شده است.

ثانیاً موضوع فراگیر بودن و نفوذ کنندگی علائم و نشانه‌ها نادیده گرفته شده است.

ثالثاً معیاری برای شدت در نظر نگرفته شده است

رابعاً معیار سن شروع به عنوان کمتر از هفت سال، دل‌بخوایی تعیین شده است.



نارسایی وجود دارد.

وی همچنین تفکیک مهمی براساس تکلیف محول شده به کودک انجام داد و نشان داد که کودکان پرتحرک در مقایسه با کودکان عادی کمتر شکایت داشته اند و بیشتر در جستجوی توجه و نیازمند مراقبت بوده اند.

او پرتحرکی را چنین تعریف می کند:

یک اختلال رشدی در فراخنای توجه متناسب با سن که با بی اختیاری و برانگیختگی ناگهانی و بی قراری همراه است. این امر در اواخر طفولیت یا ابتدای دوران کودکی توسعه می یابد و ماهیتا فراگیرنده و عامل نقص عمده عصبی حسی حرکتی یا اختلال شدی عاطفی محسوب نمی شود. بارکلی اعتقاد دارد که پرتحرکی یک سندرم نیست.

او چنین نتیجه می گیرد که پرتحرکی یک گروه کاملاً نامتجانس کودکان را شامل می شود که برخی بی توجه اند، برخی بیش از معمول پرتحرکند و برخی هردو نشانه را دارا هستند و معتقد است که هیچ سبب شناسی منفردی برای این اختلال نمی تواند یافت شود.

#### راس و راس

یکی از جامع ترین، موزون ترین و عالمانه ترین تحقیقات در زمینه پرتحرکی به عنوان یک اختلال رفتاری بوسیله راس و راس انجام گرفته است. بیش از هزار مورد کتاب شناسی مرجع گواهی است بر تعهد علمی و کوششی که در این مورد انجام داده اند. آنها پرتحرکی را چنین تعریف می کنند: "یک طبقه از اختلالات رفتاری نامتجانس که در آن یک سطح بالای فعالیت وجود دارد که در زمانهای نامتناسب آشکار می شود و نمی تواند براساس رشد متوقف شود.

این تعریف از بسیاری تعاریف دیگر متفاوت است و مستلزم یک سطح بالای فعالیت نامتناسب و نارسایی بازداری ارادی می باشد، و بعضی با همه ی نشانه های دیگر هم ممکن است وجود داشته باشد که شامل موارد

برابر ناکامی یا محرومیت، پرخاشگری، خرابکاری، عملکرد ضعیف تحصیلی و روابط ضعیف با گروه همسالان. راس و راس نیز دریافتند که پرتحرکی یک سندرم نیست و دلایل ارائه شده برای این یافتن را بیان داشتند. آنها نتیجه می گیرند که ممکن است چندین سندرم پرتحرک وجود داشته باشد نه یک ماهیت واحد که به عنوان یک اختلال همگون معرفی شود.

### انجمن روانپزشکی آمریکا

انجمن روانپزشکی آمریکا پرتحرکی دوران کودکی را این چنین تعریف کرده:

" یک اختلال که با تحریک بیش از اندازه، بی قراری، حواس پرتی، و فراخنای کوتاه توجه به ویژه در کودکان کم سن و سال مشخص می شود و این رفتار معمولا در نوجوانی و بلوغ نقصان می یابد" در اینجا پرتحرکی اساسا بعنوان یک پدیده رشدی در نظر گرفته می شود، اختلالی که در اوایل زندگی آغاز می شود و با بلوغ نقصان می یابد

بنابراین طبق جدیدترین فرمول انجمن روانپزشکی آمریکا پرتحرکی یک سندرم مستقل نیست بلکه فقط یکی از جنبه هایی است که همراه با یک سندرم نقص در توجه بوجود می آید. این چرخش بیشتر نمایشی از تاکیدات گروه زیادی از مطالعات است که از طریقی بر اختلال توجه به عنوان یک جنبه متمای کننده بین کودکان پرتحرک دلالت داشته اند.

همانطور که قبلا ذکر شد برای توصیف کودکان مبتلا به این اختلال اصطلاحات گوناگونی نظیر: واکنش هیپرکتیک کودکی، سندرم هیپرکتیک، سندرم کودک بیش فعال، اختلال جزئی مغز، اختلال کنش مغزی خفیف، اختلال کمبود توجه به کار رفته است.

اما اخیرا در طبقه بندی جاری اختلالات روانی اختلالات بیش فعالی همراه با کمبود توجه را به عنوان یک طبقه فرعی از اختلالات ایدائی تقسیم بندی نموده است که اختلال فوق را با علائم اختصاری ADHD به شرح ذیل توصیف نموده است:

تمرکز، رفتار خلق الساعه و بیش فعالی منجر می شود، مشخص می باشد البته برای تشخیص گذاری، اختلالات رفتاری باید حداقل ۶ ماه دوام داشته و نخستین بار قبل از ۷ سالگی شروع شده باشند.

همچنین در اینجا به ذکر یکسری خصوصیات به ترتیب شیوع می پردازیم نظیر:

بیش فعال، اختلال حرکتی ادراکی، بی ثباتی هیجانی، کمبود هماهنگی کلی، اختلالات توجه، حواس پرتی، تکرار و در جا زدن، ناتوانی در تکمیل کارها، بی توجهی، رفتار خلق الساعه، اختلالات حافظه و تفکر، ناتوانیهای خاص یادگیری، اختلالات تکلم و شنوای، نشانه های عصبی میهم و بی نظمی های الکتروانسفالوگرافیک می پردازد.

ملاک های شخصیتی اختلال بیش فعالی کمبود توجه را تقسم بندی شده ذکر می کنیم توجه: هر رفتار را زمانی مثبت بشمارید که رفتار مربوط به آن بطور قابل ملاحظه شایع تر از آن باشد که در اکثر افراد در سن عقلی مشابه دیده می شود.

(۱) اختلالی حداقل به مدت ۶ ماه که ضمن آن اقل ۸ مورد از خصوصیات زیر وجود داشته باشد:

- غالباً دستها و پاهایشان بی قرار است یا روی صندلی خود می لولند
- از آرام نشستن روی صندلی در مقابل درخواست چنین عملی ناتوان است.
- در موقعیت های گروهی یا بازی ها تحمل رعایت نوبت را ندارد.
- غالباً قبل از اینکه سوال تمام شود پاسخ هایی می دهد.
- محرک های شدید به آسانی موجب حواس پرتی او می گردند.
- در انجام دستورالعمل های صادره از جانب دیگران ناتوان است مثلاً در تکمیل کارهای عادی روزانه در می ماند.
- در تکالیف و بازی ها از حفظ توجه برای مدت طولانی ناتوان است.
- غالباً از یک عمل تمام نشده به سوی فعالیتی دیگر کشانده می شوند.

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

- غالبا کار دیگران را قطع کرده یا در آن مداخله می کنند.
- بدون در نظر گرفتن نتایج احتمالی غالبا دست به کارهای خطرناک می زند.
- اغلب وسایل لازم برای انجام تکالیف مدرسه یا فعالیت های داخل خانه را گم می کنند.

(۲) شروع قبل از هفت سالگی

(۳) شامل ملاک های تشخیصی اختلال نافذ مربوط به رشد نمی گردد.

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

انواع بیش فعالی

نوع بی دقت و بدون توجه

در این نوع در فرد نمی تواند روی تکلیفی که به او می دهند و یا یک فعالیت خاص تمرکز داشته باشد. اکثر

کودکان دچار ADHD در دقت و توجه کردن دچار مشکل هستند. این دسته از افراد غالبا:

- توجه زیادی به جزئیات ندارند.

- بر بازی ها و کارهای مدرسه نمی توانند تمرکز داشته باشند.

- کارهای مدرسه و فعالیت های روزانه خود را در منزل تا آخر دنبال نمی کنند و آنها را به پایان نمی رسانند.

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

- اسباب بازی ها ، کتاب ها و وسایلشان را اغلب گم می کنند.

### نوع تکانشی - بیش فعالی

در این نوع از اختلال فرد بسیار فعال است. و بدون فکر اقدام به فعالیت و انجام کار می کند. فعالیت بیش از حد معمول ، قابل مشاهده ترین مشخصه اختلال ADHD است. کودک بیش فعال همیشه در حال انجام کاری می باشد. ممکن است سطح بیش فعالی با افزایش سن کاهش یابد. این کودکان قبلا از این که راجع به عملی فکر کنند آن را انجام می دهند.

برای مثال این کودکان ممکن است بطور ناگهانی وسط خیابان شروع به دویدن کنند و از یک سمت به سمت دیگر خیابان بدون نگاه کردن حرکت کنند و یا این که از درخت بلندی شروع به بالا رفتن کنند. ممکن است آن ها موقعیت های خطرناک شگفت زده شوند. گاهی هم هیچ ایده و فکری برای خارج شدن از این وضعیت ندارند. غالبا ، فعالیت های تکانشی و بیش فعالی با هم همواره هستند. مشخصه کودکانی که این اختلال را با هم دارند بدین گونه است:

- بی قراری و ناآرامی

- دویدن مداوم از سویی به سوی دیگر و یا بالا رفتن از چیزی

- پایین آمدن از صندلی وقتی که اجازه این کار را ندارند.

- عدم توانایی در بی سر و صدا بازی کردن

- بیش از حد صحبت کردن

- پاسخ دادن ناگهانی و بدون فکر به پرسشی که هنوز تمام نشده است.

- عدم توانایی در صبر کردن برای نوبت خود

- بدون اجازه وسط بازی دیگران پریدن

## نوع ترکیبی

در این نوع اختلال فرد بسیار فعال است و بدون فکر اقدام به فعالیت و انجام کار می نماید. کودکان با این نوع اختلال نشانه هایی از هر دو نوع قبل را که متذکر شویم دارا هستند. آنها در توجه کردن، و کنترل بی توجه هستند و یا اینکه تکانش های خود دچار مشکل هستند. البته گاهی تمام کودکان بی توجه هستند. و یا اینکه بیش از حد فعالیت می کنند و حرکات تکانشی دارند.

اما در کودکان دچار این حرکات همیشگی هستند نه ADHD استثنایی این رفتارها برای کودک در خانه ، مدرسه و با دوستان مشکلات حقیقی ایجاد می کنند در نتیجه اکثر کودکان دچار این اختلال احساس افسردگی اضطراب و عدم اطمینان به خود را دارند. این احساسات جزو نشانه های بیش فعالی محسوب میشوند و در اثر مشکلات مکرر در خانه و مدرسه در کودک ایجاد میشوند.

## سبب شناسی اختلال پرتحرکی

در اکثر فرضیاتی که ارائه شده است " آسیب خفیف " را ناشی از عوامل ژنتیکی یا ضربه های مادرزادی، عفونت ها یا عوامل محیطی از قبیل اضافه نمودن مواد شیمیایی به غذا، تشعشع رادیواکتیو به عدم سازماندهی ساخت شخصیت، موقعیت های خانوادگی پر هرج و مرج و استرس های روانی اجتماعی در نظر گرفته اند که ممکن است فرآیندهای سبب شناختی متعددی تابلوی بالینی مشابهی پدید بیاورد. اکنون به مرور کردن این تنوع تاثیرات سبب شناختی پرداخته.

- مشکلات پیش از تولد و بعد از تولد

مشکل تنفس، مکیدن یا خوابیدن می شود.

- مصرف مواد توسط مادر در زمان بارداری به خصوص الکل و سیگار

- وضعیت سلامت ضعیف مادر

- کمبود ویتامین ها و مواد معدنی

که نشانه های آن می تواند مانند نشانه های ADHD باشند، هرچند غذا باعث ایجاد ADHD نمی شود کمبود

ویتامین بدن علائم بالینی می تواند موجب بی توجهی و عملکرد ضعیف در تکالیف شود. علاوه بر آن فلزات

سرب و کادمیوم می تواند جذب مغز شوند و ایجاد بیش فعالی و ناتوانی یادگیری کند

- تاثیرات ژنتیکی

تعیین نقش نسبی عوامل محیطی و ژنتیکی در پرتحرکی دوران کودکی کاری دشوار است. این احتمال وجود

دارد که اگر اساس ژنتیکی برای پرتحرکی کودکی وجود داشته باشد، فنوتیپ های بالینی مختلف تعاملهای

پیچیده ای از شرایط محیطی با متغیرهایی که تحت تاثیر ژنتیک قرار گرفته اند ارائه می دهند.

علی رغم این محدودیتها شواهد اخیر بطور جدی دلالت بر عوامل ارثی سبب شناسی پرتحرکی کودکی

دارند. مطالعات همه گیرشناسی فراوانی پرتحرکی را در پسرها بیشتر از دخترها یافته اند.

اما مدارک موجود دلالت بر آن دارد که عوامل ژنتیکی ممکن است اهمیت سبب شناختی در پرتحرکی داشته

باشد.

تعداد عمده ای از کودکان پرتحرک وقتی به بزرگسالی رسیده اند، الکسیم، سوسیوپاتی و هیستری را نشان

داده اند. این یافته پیشنهاد می کند که سندرم پرتحرکی ممکن است یک اختلال خانوادگی مرتبط با الکسیم،

سوسیوپاتی و هیستری باشد، که از نسلی به نسلی دیگر منتقل می شود.

لوپز در سال ۱۹۶۵ یک میزان وقوع همزمان صد درصدی برای سندرم پرتحرک در دو جهت دوقلوی هم

شکم یافت. در حالیکه فقط یکی از شش جفت هم شکم دو تخمکی وقوع همزمان سندرم را داشت.

بعضی از این کودکان ممکن است آسیب مغزی داشته باشند. اختلالات در زمینه گردش خون، مسمومیت یا سوخت و ساز و یا سایر اشکال آسیب به سیستم عصبی در طی یک دوره بحرانی رشد قبل از تولد فشارهای قبل از تولد یا آسیب به مغز یا فشار به سیستم اعصاب مرکزی در طی سالهای بحرانی اوایل زندگی که بوسیله یک ضربه، تب یا تورم ناشی شده است، احتمال دارد منجر به آسیب ظریف سیستم اعصاب مرکزی شود، و یک طیف اختلالات بوسیله آسیب مغزی پیش از تولد، هنگام تولد و بعد از تولد بوجود بیاورند. -ضربه های قبل از تولد، هنگام تولد و بعد از تولد طبق نظر لاف و دنهاف و سالمناز در سال ۱۹۵۴ پرتحرکی با یک سری از مشکلات هنگام زایمان و بهد از آن در ارتباط بوده است. طبق تحقیقات گسترده ای محققین چنین دریافتند که ضربه های وارد شده به سر، کمبود اکسیژن هنگام تولد، تولد زودرس، میزان وزن با پرتحرکی در ارتباط می باشد. اما نتیجه گیری دقیق از این مطالعات نیاز به رویکردی چند جنبه ای و ترکیبی در مطالعات آینده سبب شناختی دارد.

تاخیر در رشد مغز

مغز به هنگام تولد توسعه نیافته است و جهش های رشدی عمده ای بین ۳ تا ۱۰ هفتگی ۲ تا ۴ ماهگی، ۶ تا ۸ سالگی، ۱۰ تا ۱۲ سالگی و ۱۴ تا ۱۶ سالگی وجود دارد. رشد نهائی مغز تا اوائل سالهای سی ام زندگی کامل نمی شود. مغز دختران تمایل به توسعه سریعتری در بخش اول این دورانهای زندگی در مقایسه با مغز پسران دارد. برابعضی از بچه ها تاخیر در این رشد وجود دارد و حتی تاخیر در رسیدگی کودک ممکن است شواهدی از "اختلال نقص توجه" را نشان دهد و با رسیدگی این اختلال ممکن است ناپدید شود. ناهماهنگیهای بیوشیمیائی (انتقال دهندگان عصبی)



تحقیقاتی در جهت اثبات فرضیه انجام شده است. استدلال می شود بچه های پرتحرک از یک کمبود دوپامین که بوسیله داروهای محرک مشابه آمفتامین و متیل فنیدیت (ریتالین) اصلاح می شود. رنج می برند. براساس اطلاعات بدست آمده در مورد عملکرد طبیعی مغز اظهار می شود که اختلال انتقال دهنده های عصبی در ساقه ی مغز احتمالاً روی سیستم فعال کننده اثر می گذارد.

-سرب

شناخته شده ترین ماده سمی که با پرتحرکی در ارتباط بوده است سرب می باشد. سرب یک مخدر اعصاب شناخته شده است. و به عنوان ماده ای که سلامت کودکان را به خطر می اندازد معرفی شده است. در یک پژوهش در مورد ۸۰ بچه پیش دبستانی با تاریخچه هایی از تظاهرات اوایه مسمومیت با سرب چنین یافت شد که یک ارتباط شناختی کلامی و نقایص ادراکی با بالا رفتن میزان سرب بدن وجود دارد. اطلاعات موجود دلالت بر این دارد که تظاهرات مسمومیت با سرب ممکن است عامل معنی داری در سبب شناسی پرتحرکی بچه ها باشد.

- سالیسیلات ها

فاین گلد اظهار داشت که در خیلی موارد پرتحرکی کودکان به علت مواد شیمیایی بوجود آمده و یا شدید می شود و سالیسیلات ها نیز جزو این مواد به شمار می روند.

همچنین بیان داشت که استفاده از غذاهای حاوی رنگ ها و طعم های مصنوعی، مواد جلوگیری کننده از فاسد شدن غذا، و خوراکیهایی که بطور طبیعی نمک اسید سالیسیلیک تولید می کنند برای مثال زردآلو، گوجه فرنگی و خیار با تحرک بیش از حد پیوند دارند. وی ادعا کرد که ۲۵ تا ۵۰ درصد کودکان پرتحرک و مبتلا به ناتوانی های یادگیری در برابر حذف این مواد غذایی واکنش مطلوب نشان دادند.

- تشعشعات

است. یکی از محققین در یک مطالعه آزمایشی اظهار نظر کرده و سائلی که ربای محافظت از پرتوافشانی چراغ های فلورسنت در کلاس های مدرسه روی آن نصب می شود در کاهش رفتارهای پرتحرکی نقشی داشته است. در پی انتشار این موضوع که مجاورت با اشعه ایکس موجب بوجود آمدن تحریک بیش از حد در موش ها شد، یک زیست شناس نوری به نام آت این فرضیه را ارائه داد که روشنایی لامپ های مهتابی که مقدار اشعه ایکس در خود دارد می تواند به گونه ای مشابه عمل کند.

#### – استرس

استرس روانی اجتماعی ممکن است به عنوان یک علت مشخص در پرتحرکی مورد ارزیابی قرار بگیرد. در گذشته نه چندان دور تمایل به همانند ساختن تاثیرات جنبه های ارگانیکی روانی وجود داشته است مبنی بر اینکه می توان یک ارتباط مستقیم بین عوامل ارگانیکی و عوامل ژنتیکی و نقش استرس را در پرتحرکی کودکان مورد بحث قرار داد. در بسیاری از موارد اضطراب یک نقش تسهیل کننده در رفتارهای پرتحرکی کودکان ایفا می کند. نقش محدودیتهای اجتماعی که خود عامل ایجاد کننده استرس می باشد مستقیماً می تواند در ارتباط با پرتحرکی کودکان باشد. استرس حاصل از اختلال در خویشتن پنداری و ارزیابی خویشتن می تواند در پرتحرکی قابل بررسی باشد. مسئله اساسی دیگر که می توان بعنوان تاکیدی بر نقش اضطراب در پرتحرکی کودکان بر آن استناد کرد، نقش آموزش های آرامش بخشی است که از طریق جکوبسون در مورد بچه های پرتحرک بکار گرفته شد و کاهش اضطراب مستقیماً تاثیر به سزائی در کاهش رفتارهای پرتحرکی کودکان داشته است.

#### – تاثیرات خانوادگی

اگر چه در ارتباط با کودکان پرتحرک به نظر نمی رسد عوامل خانوادگی بتوانند مستقیماً نقشی در ایجاد علائم اولیه سندرم پرتحرکی بازی نمایند، ولی روابط متقابل بین والدین و کودکان نقش مهمی را در بروز علائم ثانویه سندرم می تواند بازی کند. همچنانکه چندتن از محققان نیز شواهد مهمی از حمایت ها و

کرده اند. یکی دیگر از مسائل مهم در ارتباط با کودکان پرتحرک نقش بازخوردهای والدین نسبت به رفتارهای این کودکان می باشد. مادران کودکان پرتحرک در مواجهه با رفتارهای کودکان معمولاً بطور خیلی افراطی از تنبیهات جسمانی استفاده می کنند. و این خود نقش بسزائی در گستردگی و توسعه علائم رفتاری کودک دارد. و بطور کلی رفتارهای مادر از قبیل پیشنهادات، تشویق، عدم تصویب و تایید، مستقیماً در ارتباط با تحریکات آنی، بی توجهی، پرتحرکی کودک می باشد و قطعاً اثرات سو در گستردگی علائم ثانویه سندرم خواهد داشت.

#### — تاثیرات اقتصادی اجتماعی

به طور کلی تاثیرات متقابل اقتصادی اجتماعی و ضربه های روانی مختلف به عنوان عوامل آسیب زا در پرتحرکی شناخته شده است و در مورد موقعیتهای اقتصادی اجتماعی ملاحظات زیر دارای اهمیت است:

- بالاترین میزان وقوع مرگ نوزادان و ضربه های روانی و جسمی در طبقات پایین اجتماعی و اقلیتهای فاقد حقوق مدنی یافت می شود.
- طبقات اجتماعی پایین تر بیشتر در نواحی ای که از لحاظ هوا آلوده است متمرکز شده اند. در گذشته محلاتی به نام "کمربند سر بی شهر" مصطلح شده بود این محیط ها احتمال در معرض سرب قرار گرفتن را از طریق بلع رنگ و فضولات کثیف و استنشاق مواد سمی هوا ناشی از سوخت بنزین و فضولات صنعتی افزایش داده اند.

- همانطور که بوسیله سامروف و چملر در ۱۹۷۵ گزارش شده است میزان بالایی از سو استفاده از کودک و غفلت از وی در میان طبقات اجتماعی اقتصادی پایین تر و جمعیت های بیکار وجود دارد. کودکانی که در معرض چنین شرایطی قرار می گیرند ممکن است از لحاظ عاطفی بیشتر از ظرفیت هایی که برای سازگاری دارند تحت فشار قرار گیرند

نتیجه گیری از مطالعات سبب شناسی

توان گفت که صرفاً یک عامل واحد در ایجاد پرتحرکی مسئول است، و محتمل تر به نظر می رسد این اختلال بازده تاثیر متقابل چندین عامل آسیب زا باشد. نگرش به عوامل آسیب زا به عنوان علت های مستقل در به وجود آمدن پرتحرکی، از آنجا که حضور آنها همیشگی نیست، این ابهام را که کدام علت به عنوان علت اصلی در ایجاد اختلال به شمار می رود بوجود آورده است. و نقش فعل و انفعالات عوامل مختلف را در فرآیندهای وابسته به پرتحرکی به عنوان منطقی ترین سبب شناسی مورد تاکید قرار داده است.

### علائم اختلال بیش فعالی

- مشکل در توجه
  - فعالیت بیش از اندازه (بیش فعالی)
  - انجام عمل قبل از فکر کردن به آن (حرکات تکانشی)
- مشکل اصلی کودکان بیش فعال عدم توانایی آنها در حفظ و تنظیم رفتارشان است، در نتیجه اغلب نمی توانند رفتار مناسبی که لحظه به لحظه با شرایط محیط هماهنگ باشد نشان دهند. خوابیدن و غذا خوردن آنها منظم نیست به نظر میرسد در همه چیز دخالت می کنند و مراقبت دائمی نیاز دارند. از نظر هیجانی ثبات ندارند، بطور ناگهانی می خندند یا گریه می کنند و رفتارشان غیرقابل پیش بینی یا ارزیابی است. سریع از کوره در می روند و نمی توانند پیامدهای رفتارشان را پیش بینی یا ارزیابی نمایند. در فعالیت های خطرناک شرکت می کنند

اشیاء را پرتاب می کنند و ناخواسته به دیگران صدمه می زنند ، پرفعالیت و پرتحرک هستند ، هرلحظه در حال رفتن هستند ، انگار موتوری درون بدن آنهاست که آنها را به حرکت دائمی مجبور می کند ، نمی توانند آرام بنشینند و بی قرار هستند . اختلال تمرکز در این کودکان در کارهایی که فعالیت دائم و جدی مغزی را لازم دارد مشهودتر است . آنها ممکن است در تماشای تلویزیون ، بازی با کامپیوتر و فعالیتهای لذت بخش با کودکان دیگر تفاوتی نداشته باشند ولی در کارهایی که فعالیت مداوم مغزی و تمرکز لازم دارد ( انجام تکالیف درسی ) تفاوت آنها با کودکان دیگر نمایان می شود . به نظر می رسد مغز آنها اطلاعات محیطی را بیش از حد لازم می گیرد ، یعنی در انتخاب توجه به اطلاعات ضروری و بی توجهی و حذف اطلاعات غیرضروری ضعف دارند . رعایت قوانین منزل و مدرسه برای آنان مشکل است و برای پیروی از قوانین توجه بیشتری لازم دارند . در انجام تکالیف مدرسه ، تمرکز روی درس ، رعایت قوانین مدرسه و داشتن روابط اجتماعی مناسب با همکلاسی ها مشکل دارند . برای رسیدن به اهداف درازمدت برنامه ریزی نمی کنند .

اختلال بیش فعالی و فقدان توجه سه نوع دارد که هر کدام الگوی رفتاری خود را دارند .

#### ۱- علائم بیش فعالی در نوع بی توجه:

- ناتوانی در توجه به جزئیات و بی دقتی در تکالیف مدرسه یا سایر فعالیتهای

- مشکل در ادامه دادن توجه و حفظ دقت در طی فعالیتهای

- مشکل آشکار در گوش دادن .

- مشکل در پیروی از دستورات .

- بی نظمی .

- اجتناب از کارهایی که به تلاش ذهنی و تفکر نیاز دارد .

- واکنش بیش از حد به محرکها.

- فراموشی در فعالیتهای روزانه.

۲- علائم بیش فعالی در نوع بیش فعال- برانگیخته:

- بی قراری و ناآرامی.

- مشکل در حفظ حالت نشسته.

- دویدن بیش از حد و یا بالا و پایین پریدن.

- ناتوانی از بازی کردن در سکوت.

- به نظر می رسد که همیشه در حرکت و آماده‌ی رفتن هستند.

- زیاد صحبت می کنند.

- قبل از اینکه سوال تمام شود پاسخ می دهند.

- منتظر ایستادن و در صف ایستادن برایشان سخت است.

- حرف دیگران را قطع می کنند و فضولانه وارد بحث دیگران می شوند.

۳- نوع سوم بیش فعالی که شایعترین است شامل ترکیبی از علائم بیش فعالی نوع اول و دوم است.

اگرچه بزرگ کردن کودک بیش فعال کار ساده‌ای نیست اما باید به خاطر داشت که این بچه ها بد نیستند و

غرض ندارند. کودکان مبتلا به بیش فعالی بدون درمان دارویی و یا رفتار درمانی نمی توانند رفتار خود را کنترل

کنند. علاوه بر نشانه های تشخیصی که در بالا ذکر شد، ممکن است این کودکان در زمینه های رفتاری،

اجتماعی، شناختی و ... دچار مشکلات ثانویه شوند.

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

#### عوارض:

رفتار کودکان روی عملکرد آنها در خانواده، اجتماع مردم و مدرسه تأثیر سوء می گذارد و باعث واکنش های منفی اطرافیان، خانواده، کادر مدرسه و همسالان می شود. این رفتارها مشکلات جدی در مدرسه و اجتماع ایجاد می کند و باعث کاهش اعتماد به نفس و احساس بی کفایتی در این کودکان می گردد. ممکن است آنها از مدرسه و اجتماع متنفر گردند. کودکان طبیعی به خاطر رفتارهای مناسب و موفقیت های تحصیلی و اجتماعی زمینه زیادی برای تشویق شدن دارند و همین تشویق ها موجب پرورش اعتماد به نفس و عزت نفس در آنها می

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

بیش فعالی گرفتار مشکلات تحصیلی، اضطراب افسردگی و بزهکاری شوند.

بیش فعالی، اختلالی است که در صورت تشخیص سریع و درمان بموقع می توان از بسیاری از عوارض احتمالی آن جلوگیری کرد.

خانواده و بخصوص پدر و مادر نخستین حلقه تشخیص بیماری است. پس از تشخیص نیز علاوه بر پیگیری جدی درمان پزشکی، بردباری و صبر و استفاده از ابزارهای تشویقی به جای سرزنش و تنبیه، عواملی اساسی در کنترل و بهبود کودک مبتلا به بیش فعالی است.

تشخیص بموقع و جلوگیری از عوارض بیشتر متأسفانه در جامعه ما به دلیل نگاه های غلط، افراد برخورد درستی با مشکلات و بیماری های روانی ندارند تا جایی که ممکن است برای انکار و حذف صورت مسأله تلاش کنند. همین موضوع باعث می شود والدین نسبت به تشخیص و درمان کودک مبتلا به بیش فعالی کوتاهی کنند. جالب آنکه این کوتاهی معمولاً ناشی از دلسوزی های نابجاست.

تحقیقات نشان داده که در صورت درمان نشدن، این بیماری می تواند تا بزرگسالی نیز ادامه یابد و چنین فردی در محیط های گوناگون مانند خانواده، محیط کار و دوستان دچار مشکل خواهد بود و نمی تواند به عنوان عضوی طبیعی از جامعه به ایفای نقش پردازد.

**جنبه های منفی اختلال کمبود توجه/بیش فعالی**

- ناتوانی یادگیری
- مشکلات اجتماعی
- مشکلات هیجانی
- مشکلات حرکتی



- تاخیر رشد عصبی

- اختلالات شخصیتی

- عملکرد های ضعیف

- مشکلات هیجانی (حدود ۱/۳ کودکان بیش فعال به اختلالهای اضطرابی مبتلا هستند)

- پیسکوزها (از قبیل : اسکیزوفرنی و اختلالات رفتاری)

- مسمومیت ها (از جمله مسمومیت با سرب)

- حساسیت (بخصوص حساسیت غذایی)

- اختلال مربوط به سوخت و ساز و غدد داخلی از قبیل فعالیت بیش از اندازه تیروئید ۱۵- مزاج (مانند تغییر

غیر طبیعی کنشهای روان شناختی)

- هم بودی : واژه همبودی از پزشکی وام گرفته است و معنی اصلی آن یعنی وجود دست کم دو بیماری با هم

در یک فرد . مثلا کسی هم آسم داشته باشد و هم افسردگی . این دو بیماری با هم همبودی دارند در مقابل

سررد و تهوع همبودی ندارند زیرا این دو فقط نشانه بیماریند نه خود بیماری

### جنبه های مثبت اختلال کمبود توجه/بیش فعالی

در حالیکه ملاک تشخیصی و برنامه های درمانی بر جنبه های منفی بیش فعالی، مسائل و مشکلات غیرارادی یا

کمبود توجه متمرکزند، جنبه های مثبت زیادی در مورد کودکان ، نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اختلال وجود

دارد. همه افراد مبتلا به اختلال دارای همه

کنید. این یکی از دلایلی است که والدین نمی خواهند کودکانشان با دارودرمانی روانی یا رفتار درمانی تغییر کنند. برخی جنبه های مثبت اختلال کمبود توجه می تواند موارد ذیل باشد:

خلاقیت

شخصیت جذاب، مهربان و رثوف

درک سریع ضروریات

انعطاف پذیری

حساس بودن نسبت به محیط پیرامون

عاشق، سینه چاک ( پرشور و حرارت )

بخشنده اشتباهات

می کوشد تا بهتر از قبل عمل کند.

خواهان ریسک و خطر کردن

ریزی آموزشی

مدیریت و برنامه



کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی اغلب در مدرسه مشکلاتی دارند و بسیاری از همان مشکلاتی که در خانه هم دارند آنها در کلاس و زمین بازی ایجاد مشکل می‌کنند همچنین ممکن است مشکل یادگیری داشته باشند. در دبیرستان تقریباً سی درصد از دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی یک کلاس تکراری دارند و تقریباً شصت درصد آنها بین یک تا دو سال از سطح تحصیلی مورد انتظار عقب‌تر هستند.

دلایل مشکلات یادگیری شامل عدم تمرکز بر روی درس الگوهای یادگیری متفاوت و عدم اعتماد به نفس می‌باشند. علاوه بر اینها بسیاری از کودکان مبتلا به بیش‌فعالی خود دارای ناتوانی یادگیری هستند به عنوان مثال مشکلات ادراکی - دیداری شایع هستند و شواهدی وجود دارد که حافظه دیداری در کودکان مبتلا به بیش‌فعالی به خوبی همسالانشان نمی‌باشد حافظه دیداری به توانایی دیدن چیزی و به خاطر آوردن اینکه شبیه چه چیزی است اطلاق می‌گردد این مهارت در مراحل اولیه فراگیری خواندن مهم است.

#### ناتوانی یادگیری و کودک مبتلا به بیش‌فعالی

ناتوانی یادگیری یک اختلال در یکی یا بیشتر فرایندهای اصلی روانشناختی مربوط به درک با استفاده از زبان صحبت کردن نوشتن می‌باشد. که ممکن است به صورت یک توانایی ناقص به گوش دادن و فکر کردن خواندن و نوشتن و هجی کردن یا محاسبات ریاضی ظاهر شوند. اصطلاح ناتوانی یادگیری شامل حالاتی نظیر اختلالات درکی آسیب مغزی کم کاری جزئی مغز نارسا خوانی و زبان پریشی رشدی باشد. این اصطلاح برا

روان شناختی شدید یا وضعیت نا مطلوب فرهنگی یا اقتصادی باشند به کار نمی روند.

بسیاری از کودکان مبتلا به مشکلات یادگیری مشکلات مربوط به توجه نیز دارند. برخی کودکان نیز مشکلات هماهنگی بینایی حرکتی مشکلات ادراکی مشکلات حافظه بینایی و شنیداری و دست و پا چلفتی بودن همیشگی دارند.

### شیوهای آموزش و پرورش ویژه

منطقه تحصیلی رهنمودهایی برای تعیین این که کودکی مبتلا به ناتوانی در یادگیری است یا خیر دارد در همه موارد تعیین ناتوانی بر مبنای یک ارزشیابی جامع قرار دارد که به وسیله یک تیم چند رشته ای صورت می گیرد. اعضای این تیم ممکن است از یک منطقه تحصیلی به منطقه تحصیلی دیگر متفاوت باشد اما عضویت تشریح می شود و گام هایی که از طریق آنها تشخیص ارزشیابی های به عمل آمده است ثبت می گردند تیم ارزشیابی همیشه سهمی را برای یک معلم ثابت کودک در نظر می گیرد بسیاری کودک مبتلا به بیش فعالی ناتوانی یادگیری و پریشانی های هیجانی دارند. اغلب تشخیص ماهیت دقیق رابطه بین یادگیری و مشکلات هیجانی با پرتحرکی مشکل است. یک کودک به علت اضطراب نمی تواند در دبستان تمرکز حواس داشته باشد یک کودک مبتلا به ناتوانی یادگیری هم که تکلیف مدرسه را دشوار می بیند ممکن است عصبانی شود و در کار بی توجه یا بدون علاقه به نظر برسد. ممکن است تصمیم گیری در مورد اینکه کدام یک اول آمده است و مشخص کردن علت معلول مشکل باشد کودکان مبتلا به پرتحرکی اغلب نیاز به کمک های ویژه ای دارد که فقط در کلاس آموزش ویژه قابل دسترس است. بعضی اوقات تشخیص بیش فعالی درست نبوده و یک کودک اشتبهاً در یک کلاس ویژه قرار داده می شود. در مواقع دیگر ممکن است یک کودک مبتلا به بیش فعالی نیاز به جای گیری در کلاس ویژه داشته باشند اما ما بر طبق مقررات دقیق مدرسه واجد شرایط نباشد بسیاری

با والدینشان نشان می دهد که در روابط بین آنها، فشار روانی، روابط تحمیلی، افسردگی، محدودیت، ناکامی بالا و توانایی کمتری وجود دارد. همچنین مطالعه ای در باب تعامل والدین و فرزند ADHD در ایران نشان داده است که این والدین بیشتر از والدین فرزندان معمولی، از شیوه های فرزند پروری خود کامه استفاده می کنند، اعتماد به نفس کمتری دارند، از شیوه های تنبیهی بیشتری استفاده می کنند و روابط گرم کمتری با فرزندانشان دارند.

البته روش والدین باعث بوجود آمدن این اختلال در کودکان نمی شود و جهت تاثیرگذاری در این خانواده ها بیشتر از کودکان به سمت آنهاست تا از والدین به سوی آنها. گرچه والدین این اختلال را در فرزندانشان بوجود نمی آورد، اما نگرش آنها نسبت به مشکل کودک می تواند در فرایند بهبود تاثیر بگذارد. به همین دلیل ضروری است تا به والدین در مورد اختلال فرزندانشان، اطلاعات مهمی آموزش داده شود.

قبل از هرچیز، والدین باید بدانند که علت ایجاد اختلال نیستند و اینکه بسیاری از مشکل های کودک قابل حل است. مطالعات متعدد نشان داده است که آموزش والدین یکی از اجزا مهم درمان به حساب می آید به نحوی که آناستاپولوس و همکارانش در سال ۱۹۹۹ اظهار می کنند که مهمترین روش درمانی برای این کودکان، در کنار دارو درمانی، آموزش والدین است.

براین اساس کودکان باید اطلاعاتی پیرامون این اختلال به والدین شده شود تا والدین، این مشکل را به حساب تمرد یا سرکشی فرزند خود نگذارند و آن را به صورت یک مشکل یا حتی معلولیت بپذیرند.

گرچه این کودکان معلولیت قابل مشاهده ای ندارند. اما به هر حال در کنترل تکانه ها، سازماندهی و ... دچار ضعف هستند و گاه به این علت سرزنش و تنبیه می شوند که باید با آموزش مناسب، روش های این چنینی تغییر کند.

اینکه متخصص به چه ترتیبی به کودک (نوجوان) و خانواده اش درباره تشخیص اختلال ADHD و مشکلات

آنها درباره ADHD آموزش دهد، مثل نگرانی، احساس انزوا، غمگینی، متفاوت بودن، احساس گناه، انگار و ... یا ترکیب چند نوع از آنها. بچه ها احتیاج دارند که احساس استقلال کنند (به خصوص نوجوانان مبتلا به ADHD) و برای خود خاص باشند. بدون هیچ دردسر و مشکلی در حالی که این تشخیص، آرزوهای آنها را بر باد می دهد و خیلی سخت است که آن را بپذیرند و پذیرش آن باعث صدمه دیدن اعتماد به نفس شان می شود. متخصص باید اجازه بدهد آنها احساسات خود را درباره این موضوع بیرون بریزند و به تدریج وارد پروسه درمان بشوند. مرحله بعدی آموزش آنان درباره مشخصات و مسائل مربوط به ADHD است. باید توجه کرد که پذیرش عاطفی و هیجانی این مسئله احتیاج به زمان دارد و بهتر است ابتدا والدین وارد این مرحله از آموزش شوند و سپس کودک (یا نوجوان) در مورد اختلال مسائل و مشکلات آن، آموزش ببینند. نگارنده معتقد است در بحث آموزش والدین چندین مسئله می تواند مورد توجه قرار گیرد.

۱ آگاه کردن - ارائه اطلاعاتی پیرامون این اختلال به والدین (نشانه شناسی، سبب شناسی به صورت ساده و در جزوه ها یا کتاب های آماده و مناسب برای افراد غیر متخصص).

۲ مداخله کردن - از بین بردن احساس گناه و سایر مشکلاتی که برای والدین به واسطه این کودکان بوجود آمده و تنظیم تعادل خانواده.

۳ بهبود در ارتباط والدین و کودک بر اساس دو مولفه قبلی.

۴ استفاده از والدین به عنوان درمان گری در خانه برای کنترل و تنظیم رفتارهای کودک و در نتیجه بهبودی کودک مبتلا به ADHD. کودکان مبتلا به این اختلال، معمولاً قبل از مدرسه کمتر شناسایی می شوند و بیشتر وقتی که به محیط آموزشی - اجتماعی مدرسه پای می گذارند، مورد توجه و شناسایی قرار می گیرند. معلمان می توانند با توجه به ویژگی های این کودکان آنها را شناسایی کنند. ولی نباید دست به تشخیص بزنند بلکه باید آنها را برای ارزیابی دقیق و جامع به روانشناس یا روانپزشک معرفی کنند. معلم می تواند رفتارهای کودک را در هنگامی که او در کلاس درس یا حیاط مدرسه است مشاهده کند، نکته هایی را یادداشت کند و آنها را برای

کلاس درس این ویژگی ها را نشان می دهند: بدون فکر جواب می دهند، از نظر رشدی نابالغ هستند، معمولاً در یک یا چند درس مشکل دارند و اغلب پرخاشگر هستند.

پدر و مادر کودک بیش فعال هر چقدر آگاهی خود را در مورد بیماری فرزندشان افزایش دهند، بیشتر و بهتر می توانند به کودک خود کمک کنند. این افزایش آگاهی در بهبود شرایط زندگی والدین نیز تأثیر مستقیمی دارد چرا که این بیماری می تواند خانواده را با معضلاتی جدی مواجه سازد.

در صورتی که کودک مبتلا مورد بی توجهی قرار گیرد و درمان نشود، احتمال دارد دچار افسردگی، پرخاشگری، انزوا و مسائلی از این دست شود که بروز چنین عوارضی به طور مستقیم روی خانواده تأثیر می گذارد و زندگی طبیعی افراد خانواده را دچار اختلال و بحران می کند. شرکت در جلسات مشاوره برای چنین والدینی در کنار پیگیری درمان فرزندشان ضروری است. آنان باید بیاموزند که از عصبانیت و تندى پرهیز و عاقلانه و منطقی با مسأله برخورد کنند. البته این آگاهی محدود به خانواده نیست، اولیای مدرسه هم باید آگاهی های لازم در مورد نحوه برخورد با چنین کودکانی را کسب کنند.

والدین باید این بیماری را به عنوان یک نقص خفیف در مراحل اولیه رشد مغز دانسته و به کودک خود به دید کودکی تنبل، نافرمان، شرور و فضول که اگر بخواهد می تواند رفتاری طبیعی داشته باشد نگاه نکنند، بلکه او را کودکی بدانند که تلاش می کند با ناتوانی خود که خارج از کنترلش است، کنار بیاید. والدین باید راههای دیگری برای تشویق، تقویت اعتماد به نفس و ایجاد احساس موفقیت در کودکان بیابند. فعالیت ورزشی، هنری، فنی، اجتماعی می تواند فرصت هایی برای نمایان کردن توانائی های این کودکان ایجاد نماید. این

فعالیت ها بالطبع تشویق بیشتری به دنبال داشته و می تواند آثار منفی حاصل از تجربه های بد قبلی (شکست ها، طرد شدگی، تنبیه ها و ...) را بکاهد و جایگزین آن گردد. البته والدین نباید تصور کنند که کودکانشان به دلیل این ناراحتی مسئول اعمال نامطلوب و خلاف خود نیستند، بلکه کودک می باید اینگونه رفتارها را جبران کند. برای اینکه کودکان قوانین را بیاموزند و از آن پیروی نمایند لازم است قوانین را برای آنها واضح تر، در

با کودکان دچار ADHD به زمان ، پشتکار ، کوشش ، مداومت و همکاری و هماهنگی زیادی نیاز دارد و به همین دلیل مربیان و والدین باید همواره روحیه ای با نشاط ، شاداب ، طنزپرداز و شوخ طبع را در خود حفظ نمایند .

مسأله جدی است:

به نظر می رسد ایجاد ارتباط بین والدینی که دچار چنین مشکلی هستند ، می تواند به آنان کمک کند . آنان از این طریق از تجربه و حمایت عاطفی یکدیگر بهره مند شده و متوجه می شوند که این یک بیماری شایع است و تنها آن ها نیستند که با چنین مشکلی دست به گریبانند. تمام کسانی که با کودک مبتلا به بیش فعالی مرتبطند ، اعم از والدین ، سایر اعضای خانواده ، نزدیکان و اولیای مدرسه ، باید مسأله را جدی بگیرند .

برخی از پدر و مادرهای چنین کودکانی فکر می کنند این یک مشکل زودگذر است که خود به خود حل می شود . بنابراین یا اصلاً به دنبال درمان آن نمی روند یا به صورت جدی با آن برخورد نمی کنند . این کوتاهی نه تنها کودک را دچار معضلات و مخاطراتی خواهد کرد ، بلکه خانواده را نیز در معرض آسیب های روانی و اختلالات رفتاری و ارتباطی قرار خواهد داد. معمولاً روابط اجتماعی چنین خانواده هایی کم شده و خانواده دچار نوعی انزوا و گوشه گیری خواهد شد .

اختلاف والدین ، ایجاد جو متشنج و ناآرام و تأثیرات منفی سایر کودکان از جمله تبعاتی است که می تواند دامنگیر چنین خانواده هایی شود.



[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

## ضرورت درمان اختلال بیش فعالی

ضرورت درمان این اختلال از دو جهت حایز اهمیت است، در مرحله اول به خاطر پیشگیری از عوارضی که برای کودک مبتلا خواهد داشت و در مرحله دوم، پیشگیری از اختلافات خانوادگی به خصوص روابط والدین و تأثیری که در وضعیت روحی و روانی آنها به خصوص مادر می گذارد. چون روابط اجتماعی آنها به خاطر بیش فعالی کودکان کم می شود و خانواده به یک قطب گوشه گیر و منزوی تبدیل خواهد شد. از طرفی نیز پدر به خاطر انتقادهای مکرر و گزارشهای رفتاری بیجه، اقدام به تنبیه او می کند. به همین دلیل مادر به دلیل پرخاشگریها و تهاجم های حاکم بر جو خانواده، دچار افسردگی شده و خانواده، به خانواده ای متشنج تبدیل می شود

## روشهای درمان بیش فعالی

اختلال بیش فعالی / کمبود توجه و تمرکز، اختلالی است که در صورت تشخیص زودرس و درمان به موقع می توان از بسیاری از عوارض احتمالی آینده آن جلوگیری نمود. روشهای درمان این اختلال عبارتند از:

دارو درمانی



داروهای محرک روان ، مهم ترین داروهای مورد استفاده برای درمان بیش فعالی هستند. داروهایی که در حال

حاضر مورد استفاده قرار می گیرند عبارتند از:

متیل فنیدات (ریتالین / متیلین / متادیت / کنسرتا)

دکستروآمفتامین (دکسدترین / دکسترواستات / آدرال)

پمولین (سیلرت / پمولرت)

یکی از بهترین انواع داروها به نام ریتالین در ایران نیز وجود دارد و مورد استفاده قرار می گیرد در حدود ۷۵٪

کودکان به این دارو جواب مثبت می دهند معمولا اولین علامتی که از بین می رود پرتحرکی کودک و آخرین

علامت کمبود توجه و تمرکز است که بهبود می یابد در ابتدا دارو به مدت دو هفته امتحان میشود و در صورت

بروز پاسخ مثبت که از طریق دریافت گزارش از خود کودک ، والدین و معلمین تایید و در صورت تایید پزشک

دارو به مدت طولانی تجویز می گردد . مصرف این دارو به دلیل کاهش علائم پرتحرکی و افزایش توجه و

تمرکز موجب افزایش یادگیری و در نتیجه عملکرد بهتر تحصیلی ( کسب نمرات بهتر) و افزایش اعتماد به

نفس در کودک و نوجوانان می گردد با توجه به عوارض این داروها تعطیلات دارویی به صورت عدم مصرف آن

در روزهای تعطیل (جمعه ها) ، تعطیلات رسمی ، ایام عید و گاه تابستان در نظر گرفته می شود .

داروهایی که در این بیماری استفاده می شوند آمفتامین و ریتالین مشهورترین داروهای این گروه هستند. آمفتامین

را برای کودکان بالای سه سال و ریتالین را برای کودکان بالای شش سال تجویز می کنند. عوارض داروها جزئی

بوده و بستگی به دوز مورد استفاده دارند. شایع ترین عوارض این داروها کاهش اشتها، بی خوابی، اضطراب،

تحریک پذیری، شکم درد و سردرد است اکثر این عوارض پس از چند هفته از شروع درمان از بین می روند.

-داروهای غیرمحرک

ADHD موثر و نسبتاً کم عارضه تشخیص داده شده اند. این داروها شروع عمل کندتری را در مقایسه با داروهای محرک داشته و به سطح خونی کافی قبل از بروز اثربخشی شان نیاز دارند. پروپروپیون یک داروی ضدافسردگی دیگر است که اثر مشخص و سودمندی روی کودکان و نوجوانان مبتلا دارد.

داروهای ضد افسردگی مانند پزواک به وفور به عنوان داروی مستقل و یا در ترکیب با داروهای محرک مورد استفاده قرار می گیرد. کلونیدین (کاتپرس) و گوان فاسین (تنکس) دو داروی دیگری هستند که پزشکان متخصص گاهی استفاده از آنها را مخصوصاً برای کودکان مبتلا به ADHD که تیک هم دارند یا کودکان پرخاشگر، انفجاری و تحریک پذیر و کسانی که به سختی می خوابند توصیه می کنند.

#### آرام بخش ها

برخی پزشکان در تلاش برای کنترل بیش فعالی و مسائل مربوط به کنترل تکانه از آرام بخش ها استفاده می کنند که عموماً نتیجه چندان رضایت بخشی به دست نمی دهد. رایج ترین آرام بخش ه مورد استفاده تیوریدازین (ملاریل) است. ملاریل معمولاً برای کنترل بی قراری و در شرایطی که یک عنصر پرخاشگری عمده وجود دارد مورد استفاده قرار می گیرد. آرام بخش های ضعیف تری چون داروی ضد هیستامینی نظیر بنادریل دارند برای درمان مورد استفاده قرار می گیرند

#### - داروهای دیگر

داروهای ضد تشنج مانند دپاکوت ، تگرتول، کاربامترول و کلونوپین موقعی استفاده می شود که مصرف داروهای دیگر نتیجه مطلوبی را ارائه نمی دهند یا اینکه الگوی پرخاشگری و تحریک پذیری شدیدی در

فایل ملاحظه باشد.

### اثرات جانبی داروها

هفده نشانه ای که در زیر آورده شده اند ممکن است اثرات جانبی مصرف محرکهای روانی باشند:

کاهش اشتها کم حرفی ، بی خوابی؛ اضطراب؛ دل درد؛ عدم علاقه نسبت به دیگران؛ سر درد؛ سرخوشی؛ گرایش

به فریاد کشیدن؛ تحریک پذیری؛ حرکات تیک یا عصبی؛ کابوسها؛ سرگیجه غمگینی؛ خواب آلودگی؛ خیره

شدن؛ ناخن جویدن. اثرات جانبی داروها معمولاً خیلی زود ظاهر می شوند در برخی موارد تا زمان بالا بردن

اندازه دوز دارو یا بعد از درمان ظاهر نمی شوند در چنین شرایطی تصمیم گیری برای ادامه در مان یک کودک

با دارو مشکل است. در بسیاری موارد مصرف دارو اثربخشی کمی دارد بنابراین تصمیم گیری برای قطع کردن

دارو آسان است .

رابطه ای بین سن و اثرات جانبی تحریک پذیری با بهانه جویی وجود دارد . این نشانه ها در کودکان خردسال تر

شایع تر از کودکان پنج ساله است. کودکانی که اثرات جانبی متعددی نظیر افزایش تحریک پذیری را به هنگامی

که در سنین چهار تا پنج سالگی به آنها دارو داده می شود ظاهر می کنند اغلب قادر به بهره گیری از دارو طی

دوران رشد می باشند.

مصرف دراز مدت دوزهای زیادی داروی محرک به ویژه دکسدرین و ریتالین درصد رشد کودکان را پایین می آورد.

- رویکرد رفتاری برای درمان (رفتار درمانی)

رفتار درمانی رفتارهای خاص را هدف قرار می دهد و کوشش می کند تا با استفاده از اصول تقویت آنها را تغییر دهد. در درمان بر رفتارهای خاص مانند ترک کردن صندلی و صحبت کردن به طور نامناسب تاکید می شود.

این اصول رفتاری، افزایش یا کاهش فراوانی یک رفتار خاص را با تغییر پیامدها مدنظر قرار می دهند:

- تقویت مثبت

- تقویت منفی

- تنبیه

- خاموش سازی

- محروم سازی

تقویت مثبت

این نوع از تقویت زمانی مطرح می شود که پیامدهایی که بدنبال رفتار می آیند در جهت افزایش رفتارها عمل می کنند. برای مثال اگر کودک روی صندلی آم بشیند از والدین تحسین دریافت می کند ، این باعث

بکشد و توجه موجب افزایش جیغ زدن شود می‌گوانیم تقویت مثبت روی داده است.

### تقویت منفی

تقویت منفی مانند تقویت مثبت رفتار را افزایش می‌دهد. اما در این مورد پیامد چیزی است که حذف می‌شود و حذف آن رفتار را افزایش می‌دهد. برای مثال والد به کودک می‌گوید از کتک زده برادر یا خواهرش دست بردارد، کودک اطاعت نمی‌کند در نتیجه والد دیگر امر ونهی نمی‌کند و این امر موجب می‌شود که کودک کتک زدن را افزایش دهد.

### تنبیه

تنبیه برای این منظور صورت می‌گیرد که رفتار ناخواسته با استفاده از پیامدهای دردناک کاهش یابد. در رفتار درمانی یک شکل خاصاز تنبیه "هزینه پاسخ" است. با دادن پاسخ، آزمودنی چیزی را از دست می‌دهد. برای مثال امتیاز تلفن کردن ممکن است از نوجوانی که دیر به خانه می‌آید گرفته شود. اگر فراوانی یا میزان دیر وارد شدن کاهش نیابد، از دست دادن امتیازات تلفن به عنوان امتیاز موثر عمل خواهد کرد. با وجود این برخی از تنبیه‌ها صرفاً موجب قطع موقتی رفتار می‌شوند و غالباً با افزایش خشم و غضب، مقصیت را بدتر می‌کنند. بنابراین فنون تنبیهی باید خیلی دقیق بوده و به صورت گزینشی بکار بسته شوند. معمولاً وقتی ترکیبی از تقویت مثبت و هزینه پاسخ مورد استفاده قرار می‌گیرد بهترین نتایج حاصل می‌شود.

### محروم سازی

خوشایند است منتقل می شود. نمونه رایج آن خواستن از کودک برای نشستن در صندلی آشپزخانه یا فرستادن کودک به اطاق خودش است. هرچند هدف اصلی از محروم سازی تغییر دادن محرکها در محیط بلافصل کودک است ولی کودکان معمولاً آنرا بعنوان پیامد تنبیه گر و ناخواسته رفتار در نظر می گیرند. محروم سازی اگر به صورت نادرست بکار برده شود می تواند تقویت مثبت یا منفی باشد.

### خاموش سازی

خاموش سازی نیز مانند تنبیه رفتار را کاهش می دهد. خاموش سازی فرآیند نادیده گرفتن رفتار تا زمانی است که آن رفتار کاملاً متوقف شود. برای مثال وقتی والدین قشقرق های کودک را نادیده می گیرند و سرانجام قشقرق متوقف می شود احتمال قشقرق کردن در آینده کاهش می یابد.

- برای تنبیه، از روشهای دیسیپلین بدون خشونت استفاده کنید مانند به کارگیری عواقب رفتار نامطلوب، اتاق تنها (Time Out)، انحراف توجه کودک، جابجا کردن کودک از محیط تنش. البته گاهی با بی اعتنایی به رفتار نامطلوب و البته غیرخطرناک او. بسادگی کنترل رفتاری را به دست بگیرید. تنبیه بدنی برای کودک اصلاً مؤثر نیست، وقتی که هم شما و هم کودک آرام بودید، قوانین و علت بدر رفتاری اخیر را با او مطرح کنید.
- در تشویق خود هرچه بیشتر با عاطفه باشید ولی تنبیه را بدون عاطفه - چه مثبت مثل لبخند، چه منفی مثل عصبانیت و پرخاش اعمال کنید.
- در بعد آموزشی با مربی مدرسه ارتباط خود را حفظ کنید. گزارش هفتگی و گاهی روزانه معلمان کمک مهمی برای ایجاد ارتباط مناسب با کودک محسوب می شود

- رویکرد شناختی برای درمان



قرار می دهند. این نظریه ها بر نقشی که گفتار درونی در جهت تنظیم رفتار ایفا می کند تاکید می نمایند. افکار "غیرمنطقی" و "تحریف شده" می توانند موجب بد رفتاری فرد شوند. برای مثال کودکی که قبل از رسیدن نوبتش در بازی وارد می شود با خود فکر میکند که "دیگران زیاد بازی می کنند و آن عادلانه نیست" تغییر دادن افکار یا "خودگویی" کودک به چیزی واقعی تر مانند "می دانم که بی قراری میکنم، من باید منتظر نوبت بمانم" به کنترل رفتار او کمک خواهد کرد. هدف های درمان شناختی شامل افزایش توانایی مراجع در حل مساله و بازبینی رفتار خود می باشند. مداخلات شناختی برای درمان ADHD غالباً در ارتباط با راهبردهای رفتاری مورد استفاده قرار می گیرند.

#### - رژیم غذایی برای درمان

نقش رژیم غذایی در کنترل علائم اثبات شده است. با حذف غذاهای آماده و نوشابه و کاهش مصرف شیرینی جات و رعایت رژیم سلامت که حاوی میوه و سبزیجات بیشتر و کربوهیدرات های پیچیده است و افزون ویتامین ها (مثل ویتامین های گروه B)، مواد معدنی (مثل روی و منیزیم)، اسیدهای آمینه و اسیدهای چرب ضروری و کنترل قند خون، علائم بیماری به وضوح کاهش می یابند

#### اسیدهای چرب ضروری

برخی از اسیدهای چرب که در بدن ساخته نمی شوند، ولی در حفظ سلامت انسان نقش حیاتی به عهده دارند، اسیدهای چرب ضروری نامیده می شوند. اسیدهای چرب ضروری عبارتند از: اسیدهای چرب امگا -۳، امگا -۶ و آراشیدونیک .

مغز انسان حدود ۶ درصد چربی دارد که اسیدهای چرب امگا -۳ سهم بیشتری را به خود اختصاص داده است. یکی از نقش های مهم اسیدهای چرب ضروری، ارتباط و انتقال بین سلول های مغز است. اسید چرب امگا -۳ که برای رشد و عملکرد مغز ضروری است ممکن است رفتار، حافظه و کمبودهای رفتاری و شخصیتی را

چرب ضروری هستند که در نتیجه مشکلاتی در یادگیری، رفتار، خواب و عملکرد ایمنی آنان ایجاد می کند؛ به طوری که در پسران ۶ تا ۱۲ سال که دارای سطح پایین اسیدهای چرب امگا-۳ بودند، مشکلات کم خوابی بیشتری دیده شده است.

بهترین منبع اسیدهای چرب امگا-۳، ماهی های آزاد مثل سالمون، ساردین، میگو و شاه ماهی است و منابع اسیدهای چرب امگا-۶، کنجد، تخمه کدو تنبل و تخمه آفتابگردان هستند. دیگر منابع اسیدهای چرب ضروری (امگا-۳ و امگا-۶) آجیل ها، لوبیای سویا، روغن بادام زمینی و روغن زیتون است.

### روی

مطالعات یافته های مختلف ارتباط بین کمبود روی و بیش فعالی را نشان داده است، به طوری که سطح سرمی روی در کودکان مبتلا به بیش فعالی به طور قابل توجهی پایین تر از کودکان طبیعی بوده است. کمبود روی در کودکان مشکلاتی از قبیل خشونت، کج خلقی، گریه های زیاد، بیزاری و نفرت و ناتوانی در تمرکز را ایجاد می کند. گوشت، ماکیان، شیر و محصولات لبنی ۸۰ درصد کل میزان روی غذایی را تشکیل می دهند. انواع سایر گوشت ها، جگر، پنیر، غلات، کامل، لوبیاهای خشک، مغزها و محصولات سویا نیز منابع نسبتاً خوب روی هستند.

### کلسیم

کمبود کلسیم ممکن است بیش فعالی را به وجود آورد. بنابراین می توان با تنظیم یک برنامه غذایی مناسب حاوی کلسیم نظیر شیر، پنیر، نان، بستنی، ماست، سبزیجات برگ سبز مانند کلم، برگ های سبز شلغم، یا مکمل های کلسیم، این کمبود را برطرف کرد.

### شکر

یافته های برخی از مطالعات نشان داده اند که مصرف شکر ممکن است سطح آدرنالین را در کودکان به میزان ۱۰ برابر افزایش دهد. بنابراین این نتایج بیانگر ارتباط مستقیم بین رفتارهای خشونت آمیز با دریافت شکر بالاست.

کودک مبتلا به بیش فعالی نشان داد که مصرف روزانه ۲۰۰ تا ۳۰۰ گرم فسفاتیدیل سرین به مدت ۲ ماه منجر به بهبودی قابل توجهی ۹۲ درصد در ظرفیت یادگیری و رفتاری آنان شده است.

### منیزیم

نتایج برخی از بررسی‌ها نشان داده اند که کمبود منیزیم در کودکان بیش فعال وجود دارد، به طوری که با دریافت منیزیم بیش فعالی در آنان به میزان قابل توجهی کاهش یافته است. منابع غذایی منیزیم عبارتند از: مغزها، حبوبات، غلات آسیاب نشده و نیز سبزیجات برگ تیره و شیر.

### آلرژی غذایی

آلرژی‌های غذایی می‌توانند باعث بروز نشانه‌هایی از بیش فعالی شوند برای مثال: شکر، شکلات، تخم مرغ، گندم، رنگ‌ها، طعم دهنده‌ها، افزودنی‌ها و ذرت. (در حال حاضر حذف این مواد از برنامه غذایی کودکان آسان نیست زیرا به راحتی در دسترس کودکان است.) اگر این مواد غذایی را تا ۲ هفته حذف کنیم بعد از ۲ هفته هر ۲ روز در میان می‌توانیم به غذای کودک هر کدام را اضافه کنیم. به وسیله حذف کردن این مواد از برنامه غذایی و بازگرداندن آن بعد از مدتی می‌توانید تشخیص دهید که آیا کودکان نشانه‌هایی از بیش فعالی دارند یا خیر.

### - روش لاک پشتی برای درمان

در کنترل بیش فعالی و کاهش حرکات زاید کودکان، شیوه‌های خودآگاهی، کنترل رفتار و حرکات آهسته و آرام به آنها آموزش داده شود. در این زمینه می‌توان از روش‌های متنوعی استفاده کرد. یکی از روش‌هایی که امروزه در ارتباط با کاهش "بیش فعالی" کودکان در آمریکا و کشورهای اروپایی مورد توجه و استفاده والدین و مربیان واقع می‌شود، حرکات شبیه سازی لاک پشت است. در این روش به کودکان آموزش داده می‌شود (القاء می‌شود) که بگویند می‌خواهند آرام و با طمانینه حرکت کنند، آرام و آهسته همچون لاک پشت. در این روش با بهره گیری از برنامه‌ای جامع، منظم و هدایت شده که مرکب از فعالیت‌ها و تمرینات گوناگون است، کودک می‌آموزد

محسوب می شود.

علاوه بر این، در اصلاح رفتار بیش فعالی کودکان، از روش های مؤثر و مفید دیگر همچون روش الگویی (الگو قرار دادن رفتار مطلوب بزرگسالان)، خود اصلاحی (کاهش یا اصلاح رفتار زائد و غیرضروری از طریق مشاهده رفتار خود در ویدئو)، ایفای نقش (بازی نقش افراد مطمئن، آرام و باصلابت) و سرانجام تنش زدایی (تمرینات انبساط روانی عضلانی) را می توان نام برد. برخی از پژوهشگران عقیده دارند مؤثرترین درمان بیش فعالی ترکیبی از درمان دارویی و درمان رفتاری است.

در این تحقیق از کتاب های روانشناسی مرضی، روانشناسی کودکان، کتاب های وراثت بیماری های روانشناسی و فیلم های مستند از خانواده هایی که این مساله در کودکانشان وجود دارد، استفاده از تست های روانشناسی سایت ها و آمار تعیین شده به صورت میانگینی در مدارس کشور که با آمار رجوع کنندگان افراد مبتلا به این مساله به روانشناس مقایسه شده است، سودجسته ایم.

در تحقیق زیر با توجه به تاریخی بودن آن از روش کتابخانه ای بهره برده ایم و در حقیقت از یافته ها و نتیجه گیری های دیگران در مورد موضوع تحقیق در طی ده سال گذشته استفاده کرده و به یک جمع بندی رسیده ایم. با توجه به محدودیت هایی که قبلا به آن اشاره کردیم و کمبود منابع در کار خود از منابع اینترنتی و مقالات، روزنامه ها، مجلات نیز استفاده کردیم و سعی در پربار کردن و افزایش قابلیت تعمیم آن کرده ایم.

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

روشهای راسل بارکلی برای ارزیابی کودکان پرتحرک

مصاحبه با کودک ، والدین و معلمان همراه با مقیاس های ارزیابی و مشاهده ی مستقیم ، بخش هایی از این روش است. مصاحبه با کودک که مشاهدات غیررسمی رفتار وی را در بر می گیرد. بر روابط وی با دیگران یعنی هم با والدین و هم با همسالان متمرکز است. بارکلی نسبت به مفید بودن مصاحبه با کودک جانب احتیاط را می گیرد چون کودک بیش کمی نسبت به مساله دارد، تلاش دارد تصویری ارائه دهد که از نظر اجتماعی پسندیده

رفتاری سودمند است.

مصاحبه با والدین و معلم از این جهت که هر دو بر روابط متقابل اجتماعی تاکید دارند، مشابه یکدیگرند. هنگام مصاحبه با والدین، بارکلی دریافت که ۹ پرسش درباره ی وضعیت مختلف از آنان، آنگونه که در جدول زیر نشان داده شده است مفید است.

تصویری که در یک مصاحبه از مادری پرسیده می شود در جدول زیر نشان داده شده است. پرسشگر سوال می کند زمانی که مهمانی به منزل آنها می آید واکنش کودک چگونه است. توجه داشته باشید که عدم موفقیت کودک به خوبی مشهود است و حلقه ی ارتباط میان فرزند و مادر به تدریج گسسته تر می شود. پیداست که این وضعیت در مورد تمام کودکان بیش از حد پرتحرک با والدینشان مشترک است

شکل مصاحبه پیشنهادی بارکلی

پرسش	پاسخ
------	------

تنها بازی کردن	۲) کودک در این موقعیت چه می کند
بازی با دیگران	۳) واکنش شما چیست؟
هنگام غذا خوردن	۴) واکنش کودک در برابر شما چیست؟
پوشیدن لباس در صبح	۵) اگر مشکل ادامه یابد، شما چه می کنید؟
شستشو و استحمام	۶) معمولا نتیجه این کنش و واکنش چیست؟
صحبت با والدین از طریق تلفن	۷) هرچند یک بار این مشکلات در این موقعیت روی می دهد؟
تماشای تلویزیون	۸) احساس شما درباره مشکلات چیست؟
میهمانی در منزل دیگران در مکان های عمومی هنگام	۹) اگر مقیاس را ۱ بین ۰ تا ۱۰ بدانیم
گرفتاری مادر	۱۰) مشکل شدید است این مشکل از نظر شما در چه درجه ای است؟

یک نمونه از مصاحبه بارکلی

چشمانی مشکی ریز با مژه های بلند، او از نظر هوشی در سطح بسیار بالایی قرار دارد . فرزند اول خانواده است، مادرش به علت بیماری دیابت فوت شده و در حال حاضر تحت سرپرستی مادر ناتنی می باشد. پدرش موتورسازی و فاقد تحصیلات است. بطورکلی اعضای این خانواده از نظر اقتصادی اجتماعی وضعیت مطلوبی ندارند. در ضمن سعید یک برادر ناتنی به نام محسن دارد.

### فضای بالینی مصاحبه با والدین

روز دوشنبه ساعت ۱۰ صبح بود که طبق قرار قبلی با خانواده ی سعید به طرف منزل آنه حرکت کردم ، حدودا ساعت ۱۰/۳۰ دقیقه بود که در یکی از محله های فقیرنشین که غم انگیز و از نظر بهداشتی بسیار آلوده به نظر می رسید، در کوچه های شلوغ محل آدرس منزل را جستجو کردم، با راهنمایی یکی از افراد محل شماره ی منزل آنها را پیدا کرده و از این بابت در آن هوای گرم بسیار راضی بودم. بعد از اینکه زنگ زدم چند دقیقه منتظر شدم ، تا اینکه یک خاتم لاغر اندام در را باز کرده مرا به داخل منزل خواند. هنوز پله های اول را برای ورود به داخل حیاط طی نکرده بودم که متوجه سعید شدم . او با دیدن من، با عجله هرچه تمامتر خودش را پشت درختی که در حیاط قد علم کرده بود پنهان نمود. با وجود اینکه ساختمان یک مقدار قدیمی به نظر می رسید ولی از نظر نظافت و بهداشت بسیار تمیز جلوه میکرد. پدر هم پس از سلام و احوالپرسی مرا به داخل اتاق راهنمایی کرد. مصاحبه را از پدر آغاز کردم در حالیکه پنجره های یکی از اتاق ها به داخل حیاط باز می شد. مادر سعید برای خنک کردن اتاق پنجره ها را باز کرده و به طرف سماور چای حرکت کرد . در مجموع چنین به نظر می آمد که این ساختمان سه اتاق هال و آشپزخانه نسبتا برای زندگی چهار نفره آنها کافی باشد، هرچند که خانه فاقد حمام بود و ماهانه باید بابت اجاره خانه ۲۰۰۰۰۰ ریال می پرداختند. پدر در حالیکه سیگاری به لب داشت با چهره مضطرب و با صدایی لرزان مرا چنین خطاب می ساخت: راستش را بخواهید این بچه زندگی ما را به هم زده است همیشه بی قرار است ، یک لحظه آرام ندارد، اصلا خسته نمی شود، خیلی فضول و شیطان است " . هنگامیکه مشغول صحبت کردن با پدر بودم ، سعید با یک توپ پلاستیکی همراه با هیجان و سروصدای



گوشش به این حرفها بدهکار نبود، پدر با چهره ای افسرده و نگران، از مشکلاتی که در طول زندگی روحش را شکنجه داده بود، سخن می گفت. گاهی هم با آه کشیدن خود شدیداً متأثر می ساخت. در این موقع همسرش با چای از ما پذیرایی نمود. من نیز از فرصت استفاده کرده به خانم خانه در حالیکه پسر ۱۰ ماهه اش را در بغل گرفته بود با سوالاتی به سخن گفتن واداشتم. البته از نگاهش که همراه با غمی در چهره بود متوجه شدم که چندان تمایلی برای صحبت در حضور شوهرش نشان نمی دهد. سعید هم در این هنگام از نردبان به پشت بام رفته بود و به طور مرتب با فریادهای بلند پدرش را صدا می زد، پدر با عجله در حالیکه زیر زبانی کلماتی نامفهوم را زمزمه می کرد به طرف پشت بام رفت. در این لحظه خانم هم فرصت پیدا کرد تا کمی بیشتر با من درد و دل کند، هنوز چند کلمه ای از اوضاع و احوال زندگی سخن نگفته بود که ناگهان در چشمانش قطرات اشک حلقه بست و شروع به گریستن کرد. بعد هم محسن پسر کوچکتر خانواده گریه مادر را تکمیل نمود.

#### ارزیابی مصاحبه با پدر:

پدر ۳۹ ساله، بی سواد، از نظر فیزیکی کوتاه قد، با چهره ای سیاه و دندان های نامرتب در دهان، که موهای جلوی سرش به هم ریخته، از نظر جسمانی مشکل خاصی نداشته ولی از نظر روحی خصوصاً به علت مرگ همسرش دچار حالات افسردگی و اضطراب بود. گاهی اوقات بدون دلیل گریه می کرد. برای بار دوم به خاطر وجود سرپرست برای فرزندش ازدواج کرده و در حال حاضر از اوضاع و احوال زندگی چندان راضی نیست. با همسر قبلی خود در مسائل زندگی اختلاف نظر داشته است. به طور کلی مردی مهربان و علاقمند به محیط خانواده خود می باشد، در مورد مشکل ناسازگاری کودکش مقداری نگران است ولی معتقد است که تمامی کودکان با این مشکلات رو به رو هستند. واکنش او نسبت به پرتحرکی کودک گاهی اوقات همراه با تنبیه و سرزنش است که معمولاً از این بابت هم احساس ندامت و پشیمانی می کند و در روابط بین فردی خیلی حساس و زود رنج است، همیشه از فوت همسرش به عنوان یک حادثه تروماتیک یاد می کند، البته به آینده

کودکش امیدوار است

مادر ۲۹ ساله، تحصیلاتش تا سوم راهنمایی، زنی قد بلند لاغر اندام با لکه های سیاه در چهره و ظاهری مهربان است. از نظر جسمانی از کم خونی و ضعف اعصاب رنج می برد. خیلی معاشرتی و خوش برخورد است. به دلیل شرایط بد اقتصادی با شوهرش چندان تفاهمی ندارد و بیشتر اوقات با همدیگر از نظر اخلاقی درگیر هستند. نسبت به کودک مورد مطالعه بنا به گفته پدرش چندان محبتی نداشته و در مقابل رفتارهای او بیشتر با یک حالت پرخاشگری عمل میکند. در ضمن او ۱۰ سال با شوهرش اختلاف سنی دارد. معمولاً رفتارش یک مقدار جنبه نمایشی دارد و بیشتر اوقات در یک جمع مورد توجه قرار می گیرد. خیلی زیاد حرف میزند، از اعتماد به نفس ضعیفی برخوردار است و معمولاً در تصمیم گیری دچار مشکل است، گاهی اوقات رفتارهای ناسازگارانه سعید برایش غیرقابل تحمل است.

#### مشاهده:

برای مشاهده رفتارهای نمونه ی مورد مطالعه موقعیت هایی را در نظر گرفتیم که به طور دقیق و عینی بتوانم کلیه حالات و عکس العمل ها را ثبت نمایم. این موقعیت ها دقیقاً طوری ترتیب داده شده تا بتوانم نقش خود را به عنوان یک متغیر مداخله گر به حداقل برسانم. برای مشاهده بالینی رفتارهای سعید طبق تماس قبلی که با خانواده اش گرفتم چند روز به طور متوالی به منزل آنها رفته و از نزدیک به ثبت علائم رفتاری او پرداختم.

#### مشاهده در موقعیت غذا خوردن:

برای مشاهده غذا خوردن سعید قرار قبلی که با والدین کودک گذاشته بودم، حدوداً ساعت ۱۱ و ۲۰ دقیقه به منزل آنها رسیدم. بعد از سلام و احوالپرسی در داخل حال جایی که پدر و مادر نمونه ی مورد مطالعه نشسته بود مستقر شدم، البته به محض ورود من به منزل، سعید خیلی باعجله از خانه خارج شده در حالیکه در حیاط را محکم به هم زد، داخل کوچه رفت. بعد از صرف چای مادر ناتنی او برای آماده کردن ناهار به طرف آشپزخانه رفت. چند دقیقه ای بعد متوجه صدای در حیاط شدم. درست مثل اینکه یک نفر با پا محکم به در می زد. پدر سریع به طرف در رفت، بعد از یکی دو دقیقه او با سعید در حالیکه " پسرک شیطان " تمام لباس هایش را

ساکت کردن او، سفره غذا را آماده کرد. ناهار آنروز خورش سبزی با پلو بود. از حرکات سعید فهمیدم که اشتیاق فراوانی به این غذا دارد. پدر بشقاب سعید را از برنج پر کرد و مقداری خورش هم روی آن ریخت، هنوز چند دقیقه ای از خوردن غذا نگذشته بود که ناگهان سعید شروع به بی قراری و پرتحرکی نمود. چند بار موقعیتش را تغییر داد و مجدداً به سر سفره بازگشت، اصلاً در سر سفره یک لحظه نمی توانست آرام بگیرد. بعد قاشق را برداشته گویی اشتیاق به خوردن سالاد دارد ناگهان قاشق را رها کرده و با عجله هرچه تمامتر برای شنیدن صدای هواپیما به داخل حیاط رفت. مجدداً پدرش او را صدا زد، این بار در حالیکه با دست مشغول خوردن غذا بود پاهایش را هم باز کرده بود و با دهانی پر از غذا کلماتی را بیان داشت که البته مفهوم چندان مشخصی نداشت. همه مشغول خوردن غذا بودیم که ناگهان سعید یکی از کاسه های ماست را روی بشقابش ریخت که این بار با عکس العمل شدید مادر ناتنی رو به رو شد. در حالیکه پاهایش را به حرکت در آورده بود و اطراف دهان و جلوی لباسش را کثیف کرده بود مثل یک موتور همیشه روشن که هیچ موقع خاموش نمی شود به طرف حیاط رفت و با این کارش پایان غذا خوردنش را اعلام داشت.

#### مشاهده در موقعیت توجهی - فردی:

برای مشاهده کودک در این موقعیت از بازی ثابت توسط پازل استفاده نمودم. در حالیکه رو به روی سعید نشسته بودم با دستوراتی نحوه ی بازی را برای او شرح دادم او با دقت و کنجکاوی و شوق فراوان بدون هیچگونه حرکت اضافی، در حالیکه دست چپش را زیر چانه اش گذاشته بود کارتها را یکی پس از دیگری مرتب می کرد. در حالیکه هنوز ۲۰ دقیقه ای از شروع بازی نگذشته بود، سعید قسمت اعظم کار خور را انجام داده بود و از این بابت خیلی به نظر می رسید. پدر و مادر هم که شاهد موفقیت او بودند، در حالیکه لبخندی بر لب داشتند، رضایت خود را اعلام نمودند.

#### مشاهده موقعیت توجهی در گروه:

بازی فردی از پازل استفاده نمودم. مشاهده در صبح شبیه حوالی ساعت ۹ در کلینیک روان درمانی انجام گرفت. در ابتدا چند صندلی در کنار هم چیده شد و بچه ها برای بازی آماده شدند کارت ها به سه قسمت مساوی تقسیم شده و برای بازی به آنها محول شد من هم از روی تراس مشغول ثبت نتایج مشاهده بودم، فضای فعالیت بچه ها را در کلاس درس درمان تشکیل داده بودند. در روبروی منوچهر یک تخته سیاه و تلویزیون بود که توجه او را به خود جلب کرده بود. بعد هر کدام از آنها چند کارتی را مرتب بر روی قطعات مربعی شکل انتقال دادند لحظاتی بعد ناسازگاری در گروه با حمله ی سعید به کارت های منوچهر شروع شد. در این هنگام مریم هم بدون توجه به درگیری آن دو و موقعیت بازی از صندلی خود پایین آمده و مشغول دست کاری پارچه روی تلویزیون شد، هنوز چند دقیقه ای از انجام بازی نگذشته بود که منوچهر و سعید از بازی خسته شدند و مجدداً توسط من به بازی تشویق شدند. سعید بیشتر سعی در برهم زدن نظم داشت. در حالیکه پاهایش را به پایه های صندلی میزد و با زیرکی خاص کارت های منوچهر را از جلویش بر می داشت. مریم هم کم کم وارد عمل شده ، ناسازگاری او مزید بر علت شده و یک مثلث مخرب سه نفره بوجود آمد که تقریباً در هیچ راس این مثلث آرامش و سکون وجود نداشت. در این موقع منوچهر با یک حالت انفجاری به طرف سعید حمله ور گردید. به هر حال تنها جو حاکم بر بازی آنها بی توجهی و تحرک فوق العاده بود. سعید صحنه بازی را بطور کامل ترک کرد و منوچهر هم با قلدری و تسلط کامل در حالیکه جعبه پازل را در اختیار گرفته بود آنها را در پشت تلویزیون پنهان کرد و با عجله و هل دادن مریم که خیلی هیجانی به نظر می رسید به طرف دستشویی رفت.

**مشاهده ی خواب:**

ساعت حدوداً نزدیک ۲ و ۲۰ دقیقه بود که سعید پس از فعالیت های خسته کنند نیمروزی کم کم دست هایش را به پشت چشمانش می کشید و گاهی اوقات هم با یک خمیازه خودش را برای خواب آماده می کرد. او در گوشه ی یکی از اطاق ها که هیچ نوری نداشت به خواب رفت، من هم بهعد از چند دقیقه که خواب کودک در حال عمیق شدن بود برای مشاهده به بالای سر او رفتم، از بالای سر صورتش را در حالیکه چشمانش یک

۱۰۰ ریلی که گوشه ای از آن پیدا بود در میان آن قرار داشت  
بیشتر نمای صورتش تداعی کننده اضطراب و بی قراری بود. هنوز یک ساعت کامل از خوابش نگذشته بود که از خواب با حالت گریه بیدار شده و مرنب با جیغ و داد فراوان صدا می زد « آب آب . مادر تقاضای کودک را با یم لیوان آب برآورده ساخت. او بدون بالش بر روی زمین به خواب خود ادامه داد. چند دقیقه ای بعد با صدای محسن برادر کوچکش مجدداً از خواب بیدار شد. نلش والدین برای خواباندن مجدد او بی فایده بود در حالیکه بغضی گلویش را گرفته بود از اتاقش خارج شد و در کنار شیر آب , درست بطوریکه از پشت به درخت تکیه داده بود , مستقر شد.

### تجزیه و تحلیل

بر طبق ارزیابی های بالینی انجام شده به طور کلی سعید کودکی هست پرتحرک و در دقت و تمرکز خصوصاً در موقعیت های گروهی دچار اشکال است و در اعمال و رفتار خود کنترل کافی نداشته و بیشتر اوقات دچار حواس پرتی است. با مشکلات رفتاری از قبیل اضطراب، کم خوابی، خواب ناآرام، ناخن جویدن، شب ادراری رو به رو است.

علت اختلال سعید بیشتر به دلیل بیماری دیابت مادر بوده که این مساله از نظر ژنتیکی تاثیر به سزایی در دوران حاملگی روی جنین داشته ، عامل دیگری که از نظر عاطفی روی تشدید اختلال او موثر بوده فوت مادر در دوران طفولیت اوست و به علت نبودن مادر خصوصاً در دوران شیرخوارگی سعید به ناچار مدتی با پدرش به تنهایی زندگی کرده است، از طرف دیگر ازدواج مجدد پدر و عدم حمایت مادر ناتنی از کودک و موقعیت اجتماعی و اقتصادی پایین خانواده و کشمکش و اختلاف پدر با همسر جدید در پیچیده شدن موقعیت رفتاری و تشدید علائم اختلال موثر بوده است.

بر طبق بررسی های بالینی علائم زیر را در رفتارهای نمونه ی مورد بررسی می توان مشاهده کرد:

- در خواب بیش از حد تحرک دارد. از نظر نشستن در یک جا و ادامه ی وضعیت خود دارای مشکل است.
- ب- بی توجهی: معمولا کاری را که شروع کرده در تمام کردنش ناتوان است. گاهی اوقات به نظر می رسد که به چیزی گوش نمی دهد که البته این بی توجهی طبق مشاهدات انجام شده بیشتر اختصاص به موقعیت های گروهی داشته ولی وقتی کودک را که در رابطه با توجه است به طور انفرادی عمل می کند، وضعیت دقت و توجه او راضی کننده است.
- ج- تحریکات آنی: همیشه تغییر از یک فعالیت به فعالیت دیگر با شتاب و شدت زیادی انجام می گیرد. در سازماندهی و نظم دادن به کارها معمولا دچار اشکال است. از نظر منتظر ماندن برای ورود به بازی های دسته جمعی با دوستانش دچار مشکل است.
- د- ناسازگاری در گروه: معمولا در موقعیت های گروهی خصوصا در روابط با دوستانش تحریک پذیر تست . همیشه در ارتباط های بین شخصی خود با یک حالت پر خاشگروانه و رفتارهای آسیب پذیر و انفجاری و بدون برنامه ریزی شده عمل می کند. خیلی سریع عصبانی شده ولی زمانی که تنهاست سطح سازگاری او با محیط پیرامونش چندان غیر قابل تحمل نیست.
- ه- شروع اختلال در نمونه قبل از هفت سالگی است.

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

### جدول واقعیت ها و افسانه ها درباره ADHD

واقعیت	افسانه
تقریباً ۶۰٪ کودکانی که مبتلا به ADHD تشخیص داده شده اند نشانه ها را در بزرگسالی نشان می دهند	سرانجام همه کودکان ADHD مشکلشان حل می شود
ADHD مشکلی پزشکی است و با عدم تعادل شیمیایی مغز مرتبط است	ADHD یک شرایط پزشکی نیست
اکثر دانشمندان در این زمینه به این نتیجه رسیده اند که ADHD ریشه در محیط خانوادگی ندارد اما علت زیست شناختی دارد	والدین بد مسئول ADHD هستند
در کودکان نسبت مرد به زن ۴ به ۱ است	ADHD مردها را بیشتر از زنها تحت تاثیر قرار می دهد
مطالعه درمان های چندگانه که تقریباً بر روی ۶۰۰ نفر از کودکان مدرسه ابتدایی انجام شده است به این نتیجه رسیده است که موثرترین درمان، ترکیب دارو و درمان رفتاری با یکدیگر است.	ADHD از طریق دارو قابل درمان است



www.kandoocn.com

شکل مصاحبه پیشنهادی بازگلی

پاسخ	پرسش
روابط متقابل به طور کامل	۱۰) آیا در این زمینه مشکلی وجود دارد؟
تنها بازی کردن	۱۱) کودک در این موقعیت چه می کند
بازی با دیگران	۱۲) واکنش شما چیست؟
هنگام غذا خوردن	۱۳) واکنش کودک در برابر شما چیست؟
پوشیدن لباس در صبح	۱۴) اگر مشکل ادامه یابد، شما چه می کنید؟
شستشو و استحمام	۱۵) معمولاً نتیجه این کنش و واکنش چیست؟
صحبت با والدین از طریق تلفن	۱۶) هرچند یک بار این مشکلات در این موقعیت روی می دهد؟
تماشای تلویزیون	۱۷) احساس شما درباره مشکلات چیست؟
میهمانی در منزل دیگران در مکان های عمومی هنگام	۱۸) اگر مقیاس را بین ۰ تا ۱۰ بدانیم
گرفتاری مادر	۱۰) مشکل شدید است این مشکل از نظر شما در چه درجه ای است؟

www.kandooon.com

### جدول بارکلی مربوط به مشکلات کودکان ADHD

مشکلات ویژه	حوزه های کلی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- فراخنای توجه کوتاه</li> <li>- حواس پرتی</li> <li>- بی قراری</li> <li>- کنترل ننگانه ای ضعیف</li> <li>- ویرانگری / سروصدا کردن و شلوغ بودن</li> </ul>	رفتاری
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ضعف در ارتباط با هممتایان</li> <li>- تخطی از دستورات</li> <li>- پر خاشگری / دزدی / دروغ گویی</li> <li>- زبان دشمنی و بی ادبانه</li> <li>- ضعف در کنترل خود / خطر پذیری بالا</li> </ul>	اجتماعی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ناپختگی در زبان درونی</li> <li>- بی توجه - حواس پرت</li> <li>- هوش متوسط پایین</li> <li>- نبود وجدان</li> <li>- تصویری ضعیف درباره پیامدهای رفتاری آینده</li> </ul>	شناختی
<ul style="list-style-type: none"> <li>- پیشرفت تحصیلی پایین</li> <li>- ناتوانیهای یادگیری خاص</li> </ul>	تحصیل
<ul style="list-style-type: none"> <li>- افسردگی</li> <li>- عزت نفس پایین</li> <li>- تحریک پذیری</li> <li>- ناپختگی در کنترل هیجان</li> <li>- به آسانی ناکام شدن</li> </ul>	هیجان
<ul style="list-style-type: none"> <li>- اندازه بدنی ناپخته</li> <li>- رشد استخوانی ناپخته</li> <li>- عدم کنترل ادرار / مدفوع</li> <li>- افزایش یافتن عفونت های تنفسی</li> </ul>	جسمانی

- چرخه های خواب کوتاه
- تحمل درد بالا
- افزایش فراوانی آلرژی

جدول دارویی که در درمان تحرک بیش از حد به کار می رود

اثرات جنبی کوتاه مدت	عمل	نام اختصاصی	نام ژنریک
بی اشتهايي، بی خوابی، سردرد، خشک شدن دهان	محرک دستگاه مرکزی اعصاب	بنزدرين Benzdrine	آمفتامین راسیدیک Raccemic Amphetamine
بی اشتهايي، تهوع، بی خوابی، درد معده، سردرد، دردپا، خشک شدن دهان	محرک دستگاه مرکزی اعصاب	دکسدرين Dexdrine	دکسترو آمفتامین Dextroamphetamine
بی اشتهايي، تهوع، تنش، افزایش ضربان قلب	محرک دستگاه مرکزی اعصاب	ريتالين Ritaline	متیل فیندات Methylphenidate

بی اشتهاهی، تهوع، بی خوابی، درد معده، حساسیت، افسردگی، سردرد، توهم حسی، دانه های ریز روی پوست	محرك دستگاه مرکزی اعصاب	سایلرت Cylert	پمولین Pemoline
حساسیت بیش از حد، نگهداری ادرار، تعریق خیلی زیاد، بی خوابی، تهوع، دانه های ریز روی پوست	ضد افسردگی تری سیکلیک	توفرانیل Tofranil	ایمی پرامین Imipramine

ویژگی های برگزیده ای که احتمال مشکلات رشدی را خبر میدهند

۵-۸ سالگی	۳-۵ سالگی	تولد تا ۳ سالگی	
- ناتوانی در پریدن بعد از ۶ ماهگی - ناتوانی در گرفتن یا پرت کردن توپ - ناتوانی در سوار شدن و راندن دوچرخه - سکندری خوردن زیاد - برگزیده نشدن برای فعالیت های تیمی	- تاخیر یا ناشیانه دویدن - ناتوانی در رکاب زدن سه چرخه - زمین خوردن افراطی - ناتوانی در لی لی کردن - برخورد با اشیا	- وول خوردن روی صندلی - تاخیر در راه رفتن - ترس یا ناتوانی از بالا رفتن از پله	مهارتهای حرکتی درشت
- پرهیز از ترسیم کردن یا ترسیم ناشیانه - ناتوانی در رنگ کردن اشکال - ناتوانی در بستن بند کفشها - دست خط ناخوانا و نامرتب	- مشکل در پریدن یا نخ کردن - پرهیز از پازل ها یا اسباب بازی های ساختمانی - مشکل در لباس پوشیدن و بستن دکمه ها - در غذا خوردن از دست وانگشت استفاده می کند	- تاخیر در گرفتن چنگال در بعد از ۱۰ ماهگی - ناتوانی در چیدن مکعب ها - اجتناب از اسباب بازی ها - پرهیز از تکالیف مدادی بعد از ۲ سالگی	مهارت های حرکتی ظریف

<p>محدود</p> <p>- گفتار نامفهوم با خانواده</p> <p>- عدم علاقه به کتابها و داستانها</p> <p>- تاخیر در خواندن و هجی کردن</p>	<p>های ساده رشد یافته بعد از ۲سالگی</p> <p>- گفتار مبهم و غیرروشن با غریبه ها</p> <p>- استفاده از ایما و اشاره</p> <p>یا حرکات غیرکلامی بعد از ۳سالگی</p>	<p>حدود ۱۸ ماهگی</p> <p>- عدم علاقه به کتابها</p> <p>- کاهش بازی تخیلی بعد از ۲سالگی</p>	
<p>- مشکل در دوست یابی</p> <p>- تاخیر در لباس پوشیدن و مهارتهای غذا خوردن</p> <p>- نارضایتی یا امتناع از مدرسه رفتن</p>	<p>- آشفتگی خواب</p> <p>- کج خلقی پایدار</p> <p>- ناتوانی در بازی کردن با همتایان</p> <p>- ناتوانی در لباس پوشیدن و عدم آگاهی از مهارت های توالت رفتن</p>	<p>- بی قراری یا خواب ناکافی</p> <p>- تحریک پذیری و زودرنجی</p> <p>- کج خلقی افراطی بعد از ۲سالگی</p>	<p>مهارتهای رفتاری و اجتماعی</p>

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

توصیه هایی برای والدین:

خیلی از والدینی که کودکان دچار بیش فعالی هستند نمی دانند باید با او چگونه برخورد کنند، راهکارهای

پیشنهادی می تواند کمکی در نوع برخورد والدین با کودک بیش فعال باشد:

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

اگر می خواهید کودکتان صدایش را بلند نکند خودتان نیز در عمل صدایتان را در حد معقول نگه دارید.

۲. احساس دست داده از رفتار او به خودتان را صادقانه به او نشان بدهید مثلا اگر با

کاری ناراحتان کرد این ناراحتی را پنهان نکنید بلکه به او نشان دهید که ناراحت شده اید.

۳. فرزندتان را تشویق کنید، برای مثال اگر فرزند شما تکالیف خود را که قبلا به موقع انجام نمی داد اکنون درست

و به موقع انجام داده به او بگوئید من از داشتن فرزندى مثل تو که تکالیفش را به وقت انجام میدهد افتخار می

کنم.

۴. به آسانی جلوی کودکتان زانو زده و مقابل او بنشینید بگذارید به واسطه حرفایتان توجه او به شما جلب شود

نه اینکه به زور او را وادار به این امر کنید. این عمل یکی از مثبت ترین راههای ارتباطی با کودک است.

۵. به سخنان او گوش دهید، نقش یک شنونده خوب را برایش ایفا کنید با گفتن کلماتی همچون من درکت می

کنم به او آرامش را هدیه بدهید.

۶. به قولی که به کودکتان می دهید بیش از هر قولی پایبند باشید، چون باعث شده او به شما اطمینان کند و با شما

راحتتر کنار بیاید. برای مثال اگر قول داده اید بعد از تمیز کردن اتاقش او را به پارک ببرید سر قولتان باشید و این

کارا انجام دهید.

۷. وسایل با ارزشی که کودکتان برا بازی به آنها توجه دارد برای آنکه به آنها صدمه ای نرسد از دسترس او دور

کنید در این صورت هم خودتان در آرامشید و هم او خرابکاری نمی کند.

۸. حد و مرزی برای روابطتان با فرزند خود قائل شوید مثلا در هر کار شخصی او دخالت نکنید. دستورالعملها

، درخواستها و پاسخهای منفی را تا حد امکان کم کنید تا او دچار ناهنجاری فکری و ذهنی نشود.

۹. با او بفهمانید که با داد و فریاد کاری از پیش نمی برد اگر شما به داد و فریاد او برای درخواست چیزی توجه

کنید او تصور می کند که به این شیوه به آنچه می خواهد می رسد پس تمام خواست های نا معقول خود را

۱۰. خواست هایتان را راحت و صریح و با ملایمت به گونه ای مثبت با او در میان بگذارید مطمئن باشید حتما انجام خواهد داد برای مثال به جای گفتن در را باز نگذار به او بگوئید عزیزم لطفا در را ببند!
۱۱. بگذارید مسئولیت کارهایش را خود به گردن بگیرد، به این ترتیب به او کمک کرده اید تا در مقابل بر خورد با مشکلات خود تصمیم بهتری بگیرد و در قبال کاری که انجام می دهد مسئولیت پذیر باشد.
۱۲. زیاد انتقاد نکنید چون نتیجه ای جز خستگی خود را به دست نمی آورید. خواسته های خود را در قالب یک بازی ساده به او بگوئید تا او نیز حین انجام بازی به خواسته شما عمل کند.
۱۳. به او ارزش دهید و به او نشان دهید که او نیز برای شما اهمیت دارد. او را در کارهایی که از پس آنها بر میاد سهمیم کنید به این صورت هم اعتماد به نفس او را به کار انداخته اید هم به شما کمک کرده و هم مسئولیت پذیری در او پرورش می یابد.
۱۴. موقعیت را فراهم کنید تا او خود از حقوقش دفاع کند چون شما همیشه کنار او نیستید که حق او را بگیرید او باید خود قادر به این کار باشد.
۱۵. لبخند را به چهره فرزندتان هدیه دهید با او شوخی کنید با او بازی کنید و در بازی باعث خنده وی شوید. با یک شوخی ساده می توانید خنده را برای او به ارمغان بیاورید.
۱۶. کودکان آینه شماست هر رفتاری که انجام دهید او با الگو گیری از شما همان عمل را تکرار خواهد کرد پس اگر می خواهید کودکان صدایش را بلند نکند خودتان نیز در عمل صدایتان را در حد معقول نگه دارید.
۱۷. احساس دست داده از رفتار او به خودتان را صادقانه به او نشان بدهید مثلا اگر با کاری ناراحتتان کرد این ناراحتی را پنهان نکنید بلکه به او نشان دهید که ناراحت شده اید.
۱۸. فرزندتان را تشویق کنید، برای مثال اگر فرزند شما تکالیف خود را که قبلا به موقع انجام نمی داد اکنون درست و به موقع انجام داده به او بگوئید من از داشتن فرزندم مثل تو که تکالیفش را به وقت انجام میدهد



۱۹. به آسانی جلوی کودکان زانو زده و مقابل او بنشینید بگذارید به واسطه حرفایتان توجه او به شما جلب شود نه اینکه به زور او را وادار به این امر کنید. این عمل یکی از مثبت ترین راههای ارتباطی با کودک است.

۲۰. به سخنان او گوش دهید، نقش یک شنونده خوب را برایش ایفا کنید با گفتن کلماتی همچون من درکت می کنم به او آرامش را هدیه بدهید.

۲۱. به قولی که به کودکان می دهید بیش از هر قولی پایبند باشید، چون باعث شده او به شما اطمینان کند و با شما راحتتر کنار بیاید. برای مثال اگر قول داده اید بعد از تمیز کردن اتاقش او را به پارک ببرید سر قولتان باشید و این کارا انجام دهید.

۲۲. وسایل با ارزشی که کودکان برا بازی به آنها توجه دارد برای آنکه به آنها صدمه ای نرسد از دسترس او دور کنید در این صورت هم خودتان در آرامشید و هم او خرابکاری نمی کند.

۲۳. حد و مرزی برای روابطتان با فرزند خود قائل شوید مثلا در هر کار شخصی او دخالت نکنید. دستورالعملها، درخواستها و پاسخهای منفی را تا حد امکان کم کنید تا او دچار ناهنجاری فکری و ذهنی نشود.

۲۴. با او بفهمانید که با داد و فریاد کاری از پیش نمی برد اگر شما به داد و فریاد او برای درخواست چیزی توجه کنید او تصور می کند که به این شیوه به آنچه می خواهد می رسد پس تمام خواست های نا معقول خود را اینگونه بیان می کند.

۲۵. خواست هایتان را راحت و صریح و با ملایمت به گونه ای مثبت با او در میان بگذارید مطمئن باشید حتما انجام خواهد داد برای مثال به جای گفتن در را باز نگذار به او بگوئید عزیزم لطفا در را ببند!

۲۶. بگذارید مسئولیت کارهایش را خود به گردن بگیرد، به این ترتیب به او کمک کرده اید تا در مقابل بر خورد با مشکلات خود تصمیم بهتری بگیرد و در قبال کاری که انجام می دهد مسئولیت پذیر باشد.

۲۷. زیاد انتقاد نکنید چون نتیجه ای جز خستگی خود را به دست نمی آورید. خواسته های خود را در قالب یک بازی ساده به او بگوئید تا او نیز حین انجام بازی به خواسته شما عمل کند.

سهیم کنید به این صورت هم اعتماد به نفس او را به کار انداخته آید هم به شما کمک کرده و هم مسئولیت پذیری در او پرورش می یابد.

۲۹. موقعیت را فراهم کنید تا او خود از حقوقش دفاع کند چون شما همیشه کنار او نیستید که حق او را بگیرد او باید خود قادر به این کار باشد.

۳۰. لبخند را به چهره فرزندتان هدیه دهید با او شوخی کنید با او بازی کنید و در بازی باعث خنده وی شوید. با یک شوخی ساده می توانید خنده را برای او به ارمغان بیاورید.

#### توصیه هایی برای معلمان:

- ۱) نیمکت یا صندلی او را کنار پنجره یا جایی که ممکن است باعث حواس پرتی او شود قرار ندهید.
- ۲) دانش آموزان با اختلال نارسایی بیش فعالی با روش های عملی بهتر یاد می گیرند تا با روش سخنرانی معلم.
- ۳) به آنها این روش را یاد دهید که به خود بگویند «صبرکن! کمی بیشتر دقت کن! حالا انجام بده» این روش رفتاری تکانشی او را کاهش می دهد.
- ۴) او را در یک گروه کلاسی عضو کنید تا کارهایش را به صورت گروهی انجام دهد.
- ۶) تماس چشمی خود را با او بطور مستمر حفظ کنید و او را زود به زود نگاه کنید.
- ۷) سعی کنید از رنگ ها به خصوص مواد دیداری (مثل نقاشی، مجسمه، عکس و فیلم) و مواد لمسی (مثل گچ، کاغذ، خمیر و مانند اینها) بیشتر استفاده کنید نتیجه بررسی ها نشان داده است که این دانش آموزان، در یادگیری از راه دیدن و لمس کردن وضعیت بهتری دارند.
- ۸) از حرکات دست و چهره و وسائل کمک آموزشی برای تدریس استفاده کنید.
- ۹) تا حد امکان درس را مفرح تدریس کنید علاقمندی کودک به درس مانع تشدید کم توجهی او خواهد شد.
- ۱۰) در برخورد با این کودکان صبور و منعطف باشید.

۱۲) میزان توجهشان به این کودکان باید متناسب بوده و کم و زیاد نشود.

۱۳) باید همکاری مداوم و لازم را در برنامه اصلاحی کلاس داشته باشند.

۱۴) ایجاد یک رابطه عاطفی بسیار سازنده و مثبت بین معلم و دانش آموزان بیش فعال ضروری است.

۱۵) برای این دانش آموزان باید هر بار و در هر زمان فقط یک تکلیف تحصیلی تعیین کرد.

#### توصیه‌هایی برای بیش فعالان

۱) سعی کنید مرتب ورزش کنید

۲) به اندازه کافی بخوابید

۳) آرام‌سازی، آرامش را به خود برگردانید

۴) در صورت مصرف دارو دستورات پزشک را به دقت اجرا کنید

در صورت بروز عوارض دارویی به پزشک خود اطلاع دهید و با او مشورت کنید.

[www.kandooocn.com](http://www.kandooocn.com)

[www.kandooocn.com](http://www.kandooocn.com)

[www.kandooocn.com](http://www.kandooocn.com)

سوالات گوناگون در مورد اختلال کمبود توجه/بیش فعالی

سوال:

تفاوت اختلال کمبود توجه و اختلال کمبود توجه/بیش فعالی در چیست؟

پاسخ:

در طی سالهای اخیر، مدل‌های مختلفی از اختلال کمبود توجه/بیش فعالی برای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان معرفی شده که آنها متأثر از سیستم طبقه بندی شده DSM V امریکاست.

- اختلال کمبود توجه/بیش فعالی نگرشی است از راهنمای تشخیصی و آماری معیار تشخیص اختلالات

روانی (DSM - IV - TR)

[www.kandooocn.com](http://www.kandooocn.com)

قدیمی این اختلال را مترادف با اختلال کمبود توجه/بیش فعالی خواهید یافت.

توماس براون علائم (رایج) متداول اختلال کمبود توجه را تشریح کرد:

- برانگیختگی (آشفته‌گی) سریع توسط یک محرک خارجی

- اشکال در پیروی از دستورات دیگران

- مشکل در حفظ تمرکز و دقت

- اغلب به نظر نمی‌رسد که به سخن بیان شده توجهی کند.

- بی‌دقتی در انجام امور و وظایف محوله

- مشکل داشتن در ساماندهی اهداف مستقیم امور

- ناتمام گذاشتن فعالیت در حال انجام و آغاز فعالیتی دیگر.

برخی تحقیقات نشان می‌دهد، کودکانی با علائم بیش‌فعالی، تمایل بیشتری در بروز اختلالات رفتاری دارند در

حالیکه کودکانی با علائم اختلال کمبود توجه احتمال بیشتری دارد که به افسردگی یا اختلالات اضطراب دچار

شوند.

اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی - سن آغاز اختلال

سوال:

شروع اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی در چه سنی است؟

اختلال کمبود توجه/بیش فعالی از نظر ژنتیکی قابل انتقال سات. برخی مادران قادرند نشانه های اختلال فرزندانشان را در دوران بارداری یا در سنین اولیه بشناسند. اما معمولاً این علائم از زمان رشد طبیعی نوپاها قابل تشخیص نیستند. معمولاً در زمان مهدکودک یا سنین آغازین مدرسه، کودکان دچار اختلال، علائم نوعی اختلال را بروز خواهند داد؛ زیرا در پذیرش قوانین اجتماعی با دیگران یا مربیان دچار مشکل خواهند شد. همچنین این امکان وجود خواهد داشت که آنها با پائین بودن گستره توجه، پریشانی و پائین بودن کنترل تحریکات درای مشکل باشند.

کودکان (به خصوص دختران) ممکن است در درازمدت با نوع بی توجهی اختلال کمبود توجه قادر به رفع مسائل خویش باشند. بنابراین در مدرسه کودکانی هستند که آسیب دیدگی شدید ندارند و در تستها نیز عالی عمل می کنند. با رشد (فیزیکی) و بالا رفتن انتظار یا تفاوت در خواسته خود سازی و عملکرد اجرائی، آنان ممکن است به مشکلات بزرگی برخورد نمایند. در برخی بانوان جوان در سن ۱۳ یا ۱۴ سالگی با تغییرات هورمونی، مسائل آشکار اختلال کمبود توجه/بیش فعالی بروز می کند. در این حالت که هیچ نوع علائم شدید اختلال قبل از ۷سالگی دیده نشده، توافقی بین متخصصان در زمینه طبقه بندی علائم موجود نمی باشد. اگر در بیماران برخی معیارهای تشخیصی اختلال دیده شود و بتوان دلایل اجتماعی دیگر را نادیده انگاشت، بیشتر پزشکان، درمان آزمایشی اختلال را پیشنهاد خواهند کرد.

اختلال کمبود توجه/بیش فعالی و پیامدهای اصولی آن

سوال:

چگونه میتوانم رفتار کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی خویش را تغییر دهم؟ قوانین اساسی تعدیل رفتار چیست؟

راسل برکلی متخصص مشهور امریکائی اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی، نیاز به نتیجه (پیامد) مثبت آنی در تعدیل رفتار کودکان مبتلا به اختلال را مورد تاکید قرار داد.

- استفاده بیشتر از پیامدهای آنی.

- کاربرد مکرر پیامدهای بهتر.

- بکارگیری بیشتر پیامدها یا نتایج جالب توجه.

- ایجاد انگیزه قبل از تنبیه.

- تلاش برای تداوم.

- برنامه ریزی در مورد موقعیت‌ها و تغییرات دشوار.

- پیش‌بینی وضع ناتوانی آنها.

- تمرین بخشش.

دستیابی به این امر دشوار است به خصوص زمانیکه یکی از والدین یا هر دو دچار این اختلال باشند..

**اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی و شب‌اداری**

**سوال:**

آیا اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی با شب‌اداری یا مشکلات مثانه در ارتباط است؟

**پاسخ:**

بسیاری از والدین کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی اظهارمیدارند که کودکانشان مشکل کنترل مثانه و شب‌اداری دارند.

کمبود توجه/بیش فعالی، سه برابر بیشتر از آنانکه دچار اختلال نبودند از مشکلات ضعف کنترل مثانه و شب ادراری رنج می برند. کودکان مبتلا به اختلال، اغلب با مسائل پیشرفته اینچینی درگیرند. آنها در کسب آگاهی از کنترل ادرار مشکل خواهند داشت.

ایمپیرامین داروی ضد افسردگی که عموماً برای مشکل شب ادرای بکار میرود، در درمان اختلال کمبود توجه/بیش فعالی نیز مفید است؛ بنابراین ممکن است ارتباطی بیولوژیکی بین این دو مشکل موجود باشد.

اختلال کمبود توجه/بیش فعالی - تعدیل رفتار

سوال:

تعدیل رفتار در درمان اختلال کمبود توجه/بیش فعالی چیست؟

پاسخ:

رفتاردرمانی شیوه ای آزمایش شده برای تغییر رفتارها و عاداتهای معینی است که با افزایش تکرار رفتارهای قابل قبول و کاهش میزان رفتارهای غیر قابل قبول صورت می پذیرد.

تعدیل رفتار دانشی است که این نگرش را با برنامه های معین شکل گرفته برای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان

مبتلا به اختلال تشریح میکند. مبنای اساسی تعدیل رفتار، ترکیب نتایج (پیامدها) و پاداش است. واکنش

مثبت (ارزشیابی نوع پاداش آنی) نسبت به رفتار مناسب ارائه میشود؛ بنابراین کودک تلاش خواهد کرد تا

رفتارهای اینچینی را برای خوشایند والدین و یا دریافت پاداش افزایش دهد.



سوال:

آیا اختلال کمبود توجه/بیش فعالی نتیجه اختلال در عملکرد لوب پیشانی است؟ تاثیر اختلال در عملکرد لوب پیشانی چیست؟ وظیفه لوب پیشانی چه میباشد؟

پاسخ:

لوب پیشانی مغز بخش بسیار مهم سیستم فرایند شناختی است و با بخشهای مختلف مغز ارتباط دارد. لوب پیشانی نقش خاصی در برنامه ریزی و فرماندهی عملکردهای متفاوتی مثل نظارت (سرپرستی) ایفا می کند. بسیاری از امور روزمره، اصولاً "توسط لوب پیشانی کنترل میشوند:

- برنامه ریزی و تصمیم گیری در مورد موقعیت جدید

- تشخیص و تصحیح خطا و گسترش برنامه جهت میانجی گری (رفع نقص)

- موقعیت های دشوار فنی و جدید با نیاز به راه حلهای تازه مقاومت در برابر وسوسه ها و پاسخهای

همیشگی کنترل برانگیختگی و حل و فصل شکست

بنابراین رفتارهای برنامه ریزی شده، تعمدی و هدفدار اصولاً "توسط لوب پیشانی کنترل می شوند. این عملکرد

عالی مغز وظیفه اجرائی آن نیز خوانده می شود. این دسته عملکرد برای مجموعه اهداف و برنامه ریزی جهت

دستیابی به آنها، تحقق بخشیدن به برنامه ها، مقاصد و گرایش ها و تلاش برای تکمیل وظایف ضروری است.

تضعیف عملکرد اجرائی به ایجاد دشواریهای شدیدی در پذیرش موقعیتهای تازه می انجامد.

سوال:

آیا قند سبب بیش فعالی میشود؟ آیا قند باعث اختلال کمبود توجه/بیش فعالی می شود؟ ممکن است من با محدود کردن استعمال قند بتوانم مشکلات رفتاری را درمان نمایم؟

پاسخ:

خیر. علیرغم تحقیقات بالینی مخالف، بسیاری از والدین و حتی پزشکان معتقدند مصرف قند با بیش فعالی و تغییرات خلق و خو در کودکان ارتباط دارد. مدتها پیش رژیم غذایی خاص برای کاهش علائم بیماری در این کودکان بکار میرفت. والدین دیگر بر این فرض بودند که فسفات و افزودنیهای خوراکی به علائمی شبیه اختلال کمبود توجه/بیش فعالی منجر میگردد. این موارد شاید برای یک دوره کوتاه مدت تاثیر داشته باشند اما نمی توانند به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی بیانجامد. درحقیقت کنترل آن خیلی دشوار است و ممکن است منجر به مسائل بیشتر روانشناختی گردد بدلیل اینکه کودک شما به هیچ وجه شبیه آنان نخواهد بود.

ممکن است یک گروه فرعی کوچکی از کودکان مبتلا به اختلال موجود باشند که حساسیت خاصی به برخی مواد غذایی داشته باشند. آزمایش کنترل قند یا رژیم های غذایی بهتر است برای ۳ یا ۴ هفته تحت کنترل باشد. یک گروه فرعی از کودکان (۱-۳٪) ممکن است نتایج اندکی را نشان دهد، پس آزمایش می تواند ارزشمند باشد اما رژیمهای غذایی و الگوهای کاهش تغذیه دلیل اصلی گسترش اختلالات تغذیه می باشند. تا زمانیکه هیچ دلیل اساسی علمی برای اقداماتی اینگونه نداریم بهتر آنست که شما از شیوه درمانی چند نمونه ای استفاده کنید.

سوال:

آیا ارتباطی بین اختلال کمبود توجه/بیش فعالی و چاقی وجود دارد؟

جواب:

مطالعات اخیر نشان داده، بزرگسالانی که برای چاقی خود به دنبال درمان بودند و همچنین دچار اختلال کمبود

توجه/بیش فعالی نیز بودند، بصورت معنی داری مسائل بیشتری در کاهش وزن دارند

اگر معیار تشخیص اختلال کمبود توجه/بیش فعالی را بهبود بخشید و سن شروع علائم اختلال را به جای

۷سالگی، ۱۲سالگی تعریف نماید، این اختلال در بین افراد چاق بسیار شایع خواهد بود. ۴/۲۷٪ از همه

مراجعان (بیماران) اختلال چاقی مبتلا به اختلال کمبود توجه نیز میباشند. چاقی بیش از اندازه (بیش از ۴۰کیلو

اضافه وزن) احتمال زیادی خواهد داشت که به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی مبتلا شوند. (۴۲.۶٪ از این

افراد تحت درمان) این بیماران با هر دو نوع اختلال چاقی و کمبود توجه به مدت بیشتری در بیمارستان نیاز به

بستری دارند و مدت طولانیتری تحت درمان قرار میگیرند. ولی نسبت واکنش مثبتشان به دارو پایین است. تا به

حال تحقیقات منظم اندکی در دسترس است و فقط تعداد اندکی از پزشکان و روان درمانگران

ارزشیابی (سنجش) در حیطه اختلال کمبود توجه/بیش فعالی در بیماران مبتلا به اختلال تغذیه، انجام خواهند داد.

دلیل چرائی وقوع همزمان اختلال کمبود توجه/بیش فعالی با چاقی ناشناخته است. نشانه هائی وجود دارد که

تغییرات اعصاب انتقال دهنده در سیستم دوپامین و مراکز پاسخگویی مغز تحت تاثیر قرار گرفته اند.

سوال:

بہتر نیست من بہ پزشکم اطلاع دہم کہ از درمان رایگان برای بہبود اختلال کمبود توجہ/بیش فعالیت استفاده میکنیم؟

پاسخ:

در مطالعات اخیر والدین کودکان مبتلا بہ اختلال درخواست گفتگو درمورد استفاده از درمان رایگان و طب سنتی کردند (CAM). ما میدانیم کہ بسیاری از والدین می کوشند تا از شیوہ دارودرمانی روانی با محرکهای روانی یا درگر شیوہ های درمانی چند نمونه ای اجتناب کنند. ۶۲ نفر از ۱۱۴ نفر (۵۴٪) از والدین تجربہ این نوع درمان را دارند. دلیل آزمایش این شیوہ در مانی در اصل:

- یک جایگزینی طبیعی

- کنترل بیشتر بر درمان

یک نتیجہ مهم مطالعہ این بود کہ فقط ۱۴٪ از والدین در مورد شیوہ درمانشان با پزشک خود صحبت میکردند. این امر ممکن است باعث ایجاد مشکلات شدیدی در کودکان گردد. حتی شیوہ های طبیعی چون مکملهای غذایی، استفاده بجا از رژیمهای غذایی و حتی زیادہ روی در مصرف ویتامینها نیز میتواند عامل ایجاد تاثیرات متقابل داروہا و مسائل جدی گردند. درحالیکہ نتایج علمی این جایگزینی در اصل ناامید کننده اند، پزشکان معمولاً این کوششهای والدین را می پذیرند. اما پزشکان اطلاعاتی معتبر در مورد مزایا و پیامدهای منفی احتمالی این شیوہ های درمانی را نیز اشارہ خواهند کرد. تا این مرحلہ از تحقیق، هیچ درمان جایگزینی یا تکمیلی برای اختلال کمبود توجہ/بیش فعالیت موجود نبود تا نتایج مثبت پایداری را اثبات کند. اگر تبلیغ یا پیشنهاد افراد عادیو غیر متخصص در مورد تضمین این نوع درمان و بہبود علائم اختلال دریافت داشتید، بہتر است بیشتر مراقب باشید.

سوال:

پسر ۱۰ ساله ام در یک کلینیک خصوصی مصرف داروی کنسرتا ۳۶ میلی گرمی توصیه شده بود. حالا پزشک محلی ما از او خواسته که ۱۸ گرمی آنرا روزی دوبار صبح و ظهر استفاده نماید. یکی از مادران انجمن خودیاری به من گفته سات که مورد تائید نمی باشد. نظر شما چیست؟

پاسخ:

کنسرتا یک نوع نسبتاً جدید از محرکهای روانی است شامل متیل فنیدیت شناخته شده. اما مدت زمان بیشتری به طول می انجامد. در نتیجه سیستم خاص انتقالی (او-آر-او-اس) بین ۱۰ تا ۱۲ ساعت. اگر پسر شما ظهر دارو را مصرف نماید، ممکن است به مشکلات جدی خوابیدن گرفتار گردد.

یک دلیل دیگری که بهتر است به میزان مصرف پیشنهادی کلینیک ادامه دهید این است: ۳۶ میلی گرم بهترین بازده را در بالابردن توانائی تمرکز و حفظ توجه به دنبال دارد. با کمتر از این میزان مصرف، پسر شما به این بازده نخواهد رسید. بهتر است با پزشک خود در این مورد صحبت کنید. شاید در زمینه این دارو آگاهی کافی نداشته باشد. اما خیلی ساده است که پزشک شما سریعاً در این زمینه اطلاعات مفیدی کسب نماید. البته یکی از اعضاء گروه خودیاری یا یک داروساز محلی نیز میتواند به شما کمک کند و در ارتباط با این موضوع با پزشک شما گفتگو نماید. اگر پزشک شما تمایلی به تغییر عقیده خود نداشت بهتر این است به دنبال نظریه دومی باشید.

سوال:

فرق بین اختلال کمبود توجه/بیش فعالی با کمبود توجه/کنترل حرکتی و ادراکی چیست؟  
علائم اختلال کمبود توجه/کنترل حرکتی و ادراکی چیست؟

پاسخ:

کمبود توجه/کنترل حرکتی و ادراکی نوعی تشخیص است که در کشورهای اسکانندیناوی رایج است. این تشخیص در دهه ۸۰ توسط پروفیسور سوئدی، گیلبرگ مطرح گردید. علائم اصلی و غیرارادی اختلال کمبود توجه در هر دو نوع بیش فعالی و حرکتی و ادراکی معمول است و ممیزه اصلی اینست که در اختلال کمبود توجه/کنترل حرکتی و ادراکی نقصان حرکتی و ارادی را نیز در برمیگیرد.

یک پزشک خصیصه های اصلی اختلال کمبود توجه/کنترل حرکتی/ادراکی را میتواند بیابد:

- نقص هماهنگی

- نقصان دستخط و دیگر عملکردهای ظریف و دقیق حرکتی

- نقص در ادراک حسی

گاهی علائم ناشناخته ای نیز حضور می یابند اینان تغییرات عصب شناختی بی اهمیتی اند که نمی توان آنها را با اختلال شدید عصب شناختی توصیف کرد و ممکن است تفاوت های ادراک حسی در نواحی ویژه ای از بدن (بین دو ناحیه راست و چپ بدن) را شامل شود.

سوال:

نوع بی توجهی اختلال کمبود توجه/بیش فعالی چیست؟ اختلال کمبود توجه چیست؟ آیا فرزند میتواند بدون داشتن علائم بیش فعالی به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی مبتلا باشد؟

پاسخ:

راهنمای تشخیصی و آماری، چاپ چهارم (DSM-IV) سه نوع اختلال کمبود توجه/بیش فعالی را توصیف میکند:

- نوع عمدتاً "بیش فعالی-غیر اردی

- نوع عمدتاً "بی توجهی

- ترکیبی از دو نوع.

کودکان با نوع عمدتاً "بی توجهی در اختلال کمبود توجه/بیش فعالی، مستعد خیالبافی می باشند و در تمرکز مشکل دارند. معیار ذیل در تشخیص کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی نوع عمدتاً "بی توجهی بکار رفته است. علائم باید برای حداقل ۶ ماه تداوم داشته باشند و پیش از ۷ سالگی آغاز شده باشند.

- اغلب در توجه به جزئیات با شکست مواجه میشوند یا در امور مربوط به اداره یا دیگر فعالیتها، از روی بی دقتی مرتکب اشتباه میشوند.

- در حفظ توجه بر امور یا انجام وظایف دچار مشکل میشوند.

- به نظر نمیرسد که به صحبت توجهی کنند.

- از دستورالعمل (آموزشها) پیروی نمی کنند و در اتمام رساندن تکالیف مدرسه، امور روزمره یا وظایف اداری

شکست می خورند (نه در اثر رفتارهای متضاد یا ناکامی در درک آموزشها)

- از اموری که به تلاشهای مداوم ذهنی نیازمندند بدشان می آید و یا با اکراه به آن می پردازند ( تکالیف خانه و مدرسه )

- گم کردن وسایل ضروری برای وظایف و فعالیتهای ( مثلاً " کتابها-مداد و تکالیف مدرسه ... )

- به آسانی توسط یک محرک خارجی پریشان میگردند.

- در امور روزمره فراموشکار و بی توجه اند.

اختلال کمبود توجه - ملاک تشخیص، تشخیص اختلال کمبود توجه/بیش فعالی

سوال:

ملاک تشخیص اختلال کمبود توجه/بیش فعالی چیست؟ اختلال چگونه مشخص میگردد؟ شباهت به چه دارد؟

پاسخ:

طبق DSM- IV برای شناخت ملاک تشخیصی باید دو جنبه را مدنظر قرار داد:

الف) یکی از علائم ۱- بی توجهی و یا ۲- بیش فعالی

باید به مدت ۶ ماه یا بیشتر تداوم داشته باشد به حدی که با سطح رشدی ناهماهنگ باشد:

۱) بی توجهی (عدم توجه)

- در توجه به جزئیات ناموفقند یا در فعالیتهای مربوط به خانه، محل کار یا دیگر امور از روی بی دقتی مرتکب اشتباه میشوند.

- در حفظ توجه به وظایف و انجام امور مشکل دارند.



- از آموزشها پیروی نمی کنند و در اتمام تکالیف مدرسه، امور روزمره یا وظایف کاری ناموفق عمل می کنند(نه در اثر رفتار متضاد یا ناکامی در فهم آموزشها)
- در ساماندهی وظایف و فعالیتها اغلب مشکل دارند.
- در پرداختن به اموری که نیاز به تلاشهای مداوم ذهنی دارد، پرهیز دارند یا بدشان می آید.
- چیزهایی که در انجام امور و فعالیتها ضرورت دارند را گم می کنند(تکالیف مدرسه، مدادها، کتاب ...)
- به سادگی توسط یک محرک خارجی گیج و پریشان میشوند.
- در امور روزمره فراموشکارو بی توجه اند.

## ۲) بیش فعالی/غیر ارادی بیش فعالی

- دست و پاهایشان آرام نمی گیرد یا روی صندلی وول میخورند(بی قرارند)
- در کلاس یا موقعیتهای دیگری که باید حضور داشته باشند، صندلی را ترک می کنند.
- در انجام امور یا پرداختن به فعالیتهای آزاد بصورت کامل مشکل دارند.
- بیش از حد حرف می زنند.

## غیر ارادی

- قبل از تکمیل پرسشها، جواب میدهند(جواب را می پرانند)
- در انتظار نوبت مشکل دارند.
- خود را به دیگران تحمیل می کنند.فضولی یا ایجاد مزاحمت می کنند(مثلا" وسط بازی یا حرف دیگران می

پرند

ج) آسیب دیدگی از علائم در دو محیط (خانه و مدرسه) نمود می یابد.

د) باید مدرک بالینی روشنی بر آسیب دیدگی معنی دار در عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا حرفه ای وجود داشته باشد.

تستهای آزمایشگاهی اختلال کمبود توجه/بیش فعالی

سوال:

آیا آزمایشی فیزیکی برای تشخیص اختلال کمبود توجه/بیش فعالی موجود است؟

پاسخ:

هیچ تست آزمایشگاهی که بتواند اختلال کمبود توجه/بیش فعالی را تعیین کند وجود ندارد. اما این امر می تواند اهمیت داشته باشد که برخی علائم بیش فعالی یا مشکلات توجه را مستثنی کنیم. بنابراین پزشک، آزمایش عصب شناختی فیزیکی و اساسی برای بیمار در نظر میگیرد. چشمها، گوشها، انجام برخی آزمایشات انعکاسی (عکس العمل ها) اعمال حرکتی، هماهنگی و تست حواس بیمار، میتواند اطلاعات مهمی از بیمار در اختیارمان قرار دهد.

سپس آزمایش خون عملکرد تیروئید (TSH و هورمونهای  $T_3$  و  $T_4$  تیروئید) بهتر است مد نظر قرار بگیرد که این در جریان چکاپ (بررسی کلی بدن) بیمار انجام میگیرد.

اگر بیمار یا خانواده او سابقه بیماری صرع دارند، پزشک آزمایش الکتروانسفالوگرام مغزی (EEG) نیز انجام خواهد داد. این عمل علائم خاصی از اختلال کمبود توجه/بیش فعالی را نشان نخواهد داد اما ممکن است اشکالی

نوار قلب (EKG) مشکلات معنی دار قلبی را آشکار سازد.

اسکن مغزی (توموگرافی کامپیوتری) برای تشخیص دیگر عوامل ناشناخته مشکلات توجه (مثل بدفرمی عروق - تومور و تجمع مایع مغزی/نخاعی در حفره مغز) مفید است. اما این موقعیتها بسیار نادرند. برخی والدین بر این اندیشه اند که تشخیص تصاویر عملکردی SPECT و PET (ابزارهایی جهت تخمین تغییرات بافتهای سلولی) نشانه هائی از اختلال را نشان خواهد داد. در حال حاضر این ابزار تشخیصی اساساً " برای تحقیق کاربرد دارد. باید عوارض جانبی احتمالی و ناشناخته پزشکی را بخصوص درباره کودکان مورد توجه قرار دهید. بنابراین این ابزار تشخیصی در تعیین مراحل تشخیص اختلال توصیه نمی شود.

اختلال کمبود توجه/بیش فعالی - نواحی آسیب دیدگی

سوال:

آیا همه کودکان مبتلا به اختلال، باید داروهای محرک روانی مصرف نمایند؟

پاسخ:

خیر. اما باید همواره امکان بهبود ناحیه آسیب دیدگی فرد و نشانه اصلی علائم اختلال در کودک را در نظر داشته باشید. برای ایجاد طرح درمانی مناسب جهت کودکان مبتلا به اختلال، تنها امری که می تواند صورت پذیرد، توجه به همه مناطق آسیب دیدگی و منابع و علایق فردی کودکان و محیط آنهاست. بنابراین شیوه درمانی چند نمونه ای با جمع آوری اطلاعات از کودک، والدین، معلمان و دیگر افراد در ارتباط با بیمار، آغاز خواهد شد. این امر در ارزیابی و تعیین بروز مشکلات خاص یا نسخه برداری از تسهیلات فردی بیمار در نواحی مختلف (آسیب دیدگی) کمک خواهد کرد.

درمان خواهد بود که آنها سبب بروز مسائلی در زندگی فرد بیمار یا تداخل در رشد فردی او گردند. بنابراین دارو فقط یک بخش از شیوه درمان تکمیلی خواهد بود تا به مراجع کمک کند به کارائی بالقوه خود در همه حوزه های محیط فردی دست پیدا کند. این عمل گاه "بدون دارو نیز میسر خواهد بود اما در بسیاری از موارد، داروهای محرک روانی، اساس خویشتن داری (کنترل نفس) و آگاهی بهتر کودکان میباشند.

ایده های متفاوت فراوانی در مورد تعداد کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی که نیازمند داروهای محرک روانی اند وجود دارد. برخی متخصصان کمتر از ۳۰٪ کودکان مبتلا را نیازمند این داروها میدانند. دیگر متخصصان اظهار می دارند که بهتر است همیشه راه درمان داروشناسی را پیشنهاد کنید زیرا این شیوه برای کودک در طولانی مدت، بهترین نتیجه را خواهد داشت. در حدود ۸۰٪ از کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی که از دارو استفاده می کنند، به بهبودی معنی داری دست خواهند یافت. دیگر شیوه های درمانی برای این کودکان به این صورت سودمند نخواهد بود.

برای معرفی مزایای فردی و عوارض جانبی درمان، یک خط مبنای علائم خاص باید تعریف شود و (حداقل یکبار در ماه در زمان آغاز) پیوسته دنبال شود. و همه تغییرات مثبت و منفی تحت نظر باشند.

شتابزدگی اختلال کمبود توجه/بیش فعالی

سوال:

چرا کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی بسیار عجول و شتابزده اند؟

پاسخ:

شتابزدگی، واکنش آنی به افکار و کردار است بدون در نظر گرفتن تناسب و پیامدهای آن.

شتابزدگی می تواند شامل:

- تصمیمات سریع، بدون تأمل بر پیامدهای آن.
- واکنش بدون اندیشه و تفکر
- در مورد مطالب و تناسب شرایط بدون فکر حرف زدن.
- قطع کردن صحبتها (گسیختگی مکالمات)
- فقدان توانایی در بررسی جزئیات، پذیرش مسئولیتهای اشتباه.

شتابزدگی همچنین می تواند مثبت باشد. توانایی تصمیم گیری سریع یا واکنش برای مدیران و در شرایط اضطراری می تواند بسیار مهم باشد. اما این امر می تواند سبب بروز مشکلات شدید اجتماعی شود که خود یکی از مهمترین مسائل ناتوانی اختلال کمبود توجه/بیش فعالی در همه بیماران است.

انعطاف ناپذیری و اختلال کمبود توجه/بیش فعالی

سوال:

چرا کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی در تطبیق با هر چیز تازه مشکل دارند؟ چرا کودکان مبتلا، در موقعیتهای تازه انعطاف ناپذیرند؟

پاسخ:

یک مساله بسیار شایع در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مبتلا، مساله تطبیق با هر موقعیت جدید است. در حالیکه بسیاری از افراد مبتلا به اختلال، چیزهای جدید را دوست دارند و به جستجوی محرکهای جدید گرایش دارند، اما در تطبیق با محیط تازه، خانه جدید، مربیان مدرسه یا هر تغییر اساسی دیگر در زندگی روزمره خود

مشکلات شدید عاطفی رنج آوری گردد.

اختلال کمبود توجه - آغاز دارودرمانی

سوال:

چه کاری قبل از درمان اختلال کمبود توجه/بیش فعالی نباید انجام شود؟

پاسخ:

دارودرمانی بخشی از درمان چند نمونه ای اختلال کمبود توجه/بیش فعالی، خطرناک نیست و نباید انتظار داشت که در درازمدت بطول بیانجامد و یا عوارض جانبی جدی داشته باشد. اما باید از آن آگاهی کافی داشت.

برای تشخیص درست اختلال کمبود توجه و اختلال بیش فعالی بعنوان مساله اولیه، متخصصان بهداشت و حفظ سلامت، باید در موارد ذیل گفتگوئی درمانی داشته باشند:

- انتظار بیمار و اهداف دارمانی. گاهی اهداف واقع گرایانه تری باید معرفی شوند.
- این مهم است که اساس عوارض داروهای محرک روانی تشریح گردد اما با تمرکز بر خویشتن داری بیمار. محرکهای روانی، مشکلات رفتاری را تغییر نخواهند داد. همه کودکان قادر به شیطنت و اعمال رفتارهای بد هستند. اما اگر درمان به درستی نتیجه دهد، کودک قادر خواهد بود رفتارهای منفی خود را مهار کرده و تحت کنترل درآورند- اگر واقعا" بخواهند.
- باید قانون اساسی خویشتن داری، علائم و عوارض نامساعد احتمالی را پایه ریزی کرد.
- آگاهی از خطرات و مزایای دارودرمانی.

معکوس گرفتن) و مصرف بیش از اندازه آن آشنا گردند.

اگر شما یا فرزندتان تحصیل کرده باشید و با اصول اساسی درمان آشنا باشید و با این نوع درمان موافق باشید، درمان را آغاز کنید یا اگر نگرانی تان جدی است، در مورد کسب اطلاعات بیشتر دریغ نکنید. بهتر است والدین دیگر در گروه خودیاری را نیز مد نظر قرار دهید.

داروی اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی/اختلال کمبود توجه: متیل فنیدیت (ریتالین/کنسرتا) و دیگر داروها

سوال:

چه دارویی برای درمان اختلال کمبود توجه و بیش‌فعالی/اختلال کمبود توجه می‌تواند مصرف شود؟ آیا شما متیل فنیدیت (ریتالین، ریتالینا، کنسرتا) یا داروهای دیگر را پیشنهاد می‌کنید؟

پاسخ:

دارودرمانی یکی از گزینه‌های شیوه‌درمانی چند نمونه‌ای در اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی است. در حالیکه محرک‌های (متیل فنیدیت یا آمفتامین) از گزینه‌های درمانی اند، برخی داروهای ضد افسردگی هم تأثیرات مثبتی بر درمان اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی دارند.

متیل فنیدیت نام رایج‌ترین داروهای مصرفی در دارودرمانی روانی اختلال است. نامهای گروه داروهای حاوی متیل فنیدیت: ریتالین، ریتالین اس. آر، ریتالین ال. ای یا کنسرتا و متادیت میباشد. برخی داروهای متیل فنیدیت مربوط به جنسیت (زن و مرد) نیز موجود است (اکوایسم-مدیکینت). متیل فنیدیت محرک سیستم عصبی مرکزی یا (محرک CNS) میباشد.

ترین مشکل اعصاب زیستی در اختلال، میتواند بدکاری سیستم انتقال دهنده دوپامین عنوان شود. این انتقال دهنده ها وظیفه بازگیری دوپامین از فاصله سیناپسی و انتقال به سلولهای عصبی را بر عهده دارند. اگر فعالیت یا تعداد انتقال دهنده ها زیاد باشد، دسترسی به دوپامین بسیار ضعیف خواهد بود.

کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی و افسانه رایج: والدین مخالف ریتالین - آیا والدین به کودکان خویش داروی محرک میدهند؟

سوال:

آیا ریتالین فقط تلاشی است برای از بین بردن (تحریک) مشکل کودکان؟ آیا باید به ادعاهای انجمن " والدین مخالف ریتالین" توجه کرد؟ آیا درست است که والدین به کودکان خود داروی محرک میدهند؟

پاسخ:

افسانه: والدینی که به کودکان خود داروهای ضد اختلال کمبود توجه/بیش فعالی میدهند مشکل کودکان خود را بیشتر میکنند. برخی مردم ادعا میکنند که درمان کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی تلاشی نومید کننده است جهت توجیه و ناکامی والدین و عدم توجه، ناتوانی و عجز بزرگسالان یا معلمان را در کنترل این کودکان تشریح میکند. این افراد می گویند: والدین می کوشند تا ناکامیهای خویش را مخفی کنند و جهت آرام کردن کودکان از دارو استفاده می کنند.

این منصفانه نیست زیرا بیشتر این افرادیچگاه با یکی از کودکان مبتلا به اختلال و یا والدین آنها در طولانی مدت در ارتباط نبودند. افراد بدون داشتن کودکان اینچنینی، نمی توانند این ادعا را داشته باشند.

این افراد اکثرا" بر اطلاعات غلطی متاثر از مولفانی چون برگین و حتی اطلاعات گمراه کننده ای که نقل شده، تکیه می کنند. در رسانه های عمومی تمایل شدیدی برای اینگونه اطلاعات نادرست و مباحث عاطفی مربوط به



والدین صحبت نمی کنند بلکه فقط از نویسندگانی که در زمینه این اختلال، تجربه ای ندارند و می کوشند برای موسسات و کتابهای خود شهرت و اعتبار کسب کنند، سخن می گویند.

در امریکا و سوئد مطالعات نمونه ای کنترل شده ای صورت گرفته که کوشیده اند دارو را به همراه مداخله رفتاری ترکیب نمایند. سپس یکی از آندو را کنار بگذارند. برای کوششهایی که بدون دارو انجام گرفت، مداخلات رفتاری چیزی را تغییر نداد. فقط ترکیب دارودرمانی با مداخله روانی-اجتماعی و مداخلات رفتاری در اختلال مبود توجه/بیش فعالی می تواند به نتایج بهتری برسد. اگر اختلالات دوقطبی (اختلالاتی که همزمان با هم بوقوع می پیوندند) مانند اختلالات رفتاری یا علائم افسردگی جنبی یا اضطراب نمایان شود، رفتاردرمانی اهمیت ویژه ای دارد.

اعتماد به نفس منفی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی

سوال:

چرا کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی احساسات و باورهای منفی را در خود پرورش میدهند؟

پاسخ:

اعتماد به نفس منفی با باورهای خودنابودگری (خودکشی) و احساسات نومیدی در بین کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی بسیار رایج است. این امر می تواند در نتیجه ناکامی های ناشی از آشفتگی توجه، رفتار و واکنشهای ناگهانی و طردشدن توسط همکلاسی ها و حتی مربیان آنها باشد.

سوال:

آیا بین اختلال کمبود توجه/بیش فعالی و مشکلات قماربازی ارتباطی وجود دارد؟

پاسخ:

مبتلایان به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی مستعد اختلالات گوناگون کنترل تکانه ای دیگر نیز می باشند. نرخ اختلالات کنترل تکانه ای در جنسیتها ( زن و مرد) فرقی نمی کند اما گزینش رفتارهای تکانه ای ممکن است متفاوت باشد. برخی متخصصان اعتیاد به قمار، وقوع همزمان قمار مرضی و اختلال کمبود توجه/بیش فعالی را گزارش می کنند و می گویند که تا ۲۰٪ از مبتلایان به قمار خصوصیت‌های اختلال کمبود توجه/بیش فعالی را بروز میدهند. در ۳۵٪ از قماربازان مرضی (وسواس خرید یا اختلالات جنسی وسواسی یا بی ارادی) اختلال تکانه ای دیگری نیز می تواند تشخیص داده شود، مقایسه شده با ۳٪ شیوع در گروه کنترل. بسیاری از درمانگران قمار مرضی نمی توانند به این مبحث پردازند زیرا دانش این حیطه محدود است. اما جستجو برای خصیصه های اختلال کمبود توجه/بیش فعالی و اتخاذ شیوه درمانی چند نمونه ای شامل دارودرمانی روانی ممکن است بدتر باشد.

علل اختلال کمبود توجه/بیش فعالی

سوال:

دلایل اختلال کمبود توجه/بیش فعالی چیست؟

سوالات در زمینه جنبه های زیست شناسی عصبی و تاثیرات اجتماعی-روانی اختلال کمبود توجه/بیش فعالی هنوز ترجمه نشده است. انجمن امریکائی خودیاری "کودکان و بزرگسالان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی" اطلاعات اساسی مفیدی در این زمینه مطرح می کنند. اگر شما به سهم عوامل ژنتیکی در اختلال کمبود توجه/بیش فعالی علاقه دارید، اطلاعات جمع آوری شده توسط دانشگاه کالیفرنیا را مطالعه کنید.

اختلال کمبود توجه/بیش فعالی - علائم مزمن (پایدار)

سوال:

آیا دوره های زمانی کوتاه حواس پرتی (پریشانی حواس) یا بیش فعالی برای تشخیص اختلال کمبود توجه/بیش فعالی کافی است؟

پاسخ:

برای تشخیص اختلال کمبود توجه/بیش فعالی، علائم باید به مدت حداقل ۶ ماه تداوم داشته باشند. نوسانات طبیعی در ظهور علائم و تغییرات محیطهای متفاوت وجود دارد. اما معیار شیوع و وخامت آسیب دیدگی ها باید رویت شود و این امکان نیست در اثر تغییرات متناوب محیط اجتماعی یا نتیجه مسائل حاد باشد.

در طول فرایند تشخیص دیگر علل احتمالی بیش فعالی، کمبود توجه یا حواس پرتی و مسائل کنترل غیرارادی نباید در نظر گرفته شوند. عوامل مهم دیگر این علائم می تواند موارد ذیل باشد:

- اختلالات ارگانیکی

- لطمه (آسیب) روحی اخیر همچنین سوءاستفاده جنسی یا تجارب تلخ و تکاندهنده

- سوءاستفاده مالی

- مسائل اجتماعی یا مشکلات بین فردی شدید در خانه

اگر مشکلات فقط در مدرسه بروز یابد اما در تعطیلات همه چیز سیر عادی جلوه نماید، باید فرد مراقب اختلال کمبود توجه/بیش فعالی باشد.

برخی والدین یا مربیان می کوشند بعد از خواندن یک کتاب فهرست بازبینی اختلال کمبود توجه/بیش فعالی به تشخیص برسند. صرفاً دانستن علائم اختلال کمبود توجه/بیش فعالی یا داشتن مسائلی در محدوده های معلوم رفتار یا عملکرد مدرسه، برای تشخیص بالینی کافی نیست. بهتر است به یک متخصص مراجعه کنید تا اختلالات احتمالی دیگر را مستثنی کند و بهترین کمک را به فرزندتان ارائه دهید.

جنبه های مثبت اختلال کمبود توجه/بیش فعالی

سوال:

مزایای اختلال کمبود توجه/بیش فعالی چیست؟ جنبه های مثبت اختلال کمبود توجه/بیش فعالی چیست؟

پاسخ:

در حالیکه ملاک تشخیصی و برنامه های درمانی بر جنبه های منفی بیش فعالی، مسائل و مشکلات غیرارادی یا کمبود توجه متمرکزند، جنبه های مثبت زیادی در مورد کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اختلال وجود دارد. همه افراد مبتلا به اختلال دارای همه این خصایص مثبت یا کارائی ها نیستند، اما معمولاً "گستره وسیعی از توانائی های مختلف را می توانید پیدا کنید.

این یکی از دلایلی است که والدین نمی خواهند کودکانشان با دارودرمانی روانی یا رفتار درمانی تغییر کنند.

برخی جنبه های مثبت اختلال کمبود توجه/بیش فعالی می تواند موارد ذیل باشد:

- شخصیت جذاب، مهربان و رئوف

- قضاوت درست از منشا

- بذله گوئی

- درک سریع ضروریات

- انعطاف پذیری

- شهودی بودن

- حساس بودن نسبت به محیط پیرامون

- عاشق، سینه چاک ( پرشور و حرارت )

- بخشنده اشتباهات

- می کوشد تا بهتر از قبل عمل کند.

- ریسک پذیری و خطر کردن

اختلال کمبود توجه، یک اختلال واقعی

سوال:

آیا اختلال کمبود توجه یک اختلال واقعی است؟

پاسخ:

افسانه: اختلال کمبود توجه/بیش فعالی یک اختلال واقعی نیست.

می کنند. در حقیقت، این اختلال بسیار شایع روحی در کودکان و نوجوانان است.

برخی افراد م یگویند: کمبود توجه/بیش فعالی یک اختلال واقعی نیست زیرا دانشمندان نمی توانند علت آنرا تعریف نمایند. رفتار بیش فعالی کودکان، باید کمتر یا بیشتر از رفتار طبیعی باشد چیزی مثل "وجود مورچه داخل شلوار" یا علائم تربیتی نادرست یا فقدان انگیزه در مدرسه. این کودکان می توانند با عواملی ناشی از تغییر محیط مثل تعدد تلویزیون یا عدم توجه والدینشان تحریک شوند.

یکی از مخالفان، توماس آرمسترانگ است. "کمبود توجه/بیش فعالی یک اختلال است که نمی تواند به شیوه اختلالاتی چون فلج اطفال، بیماری قلبی یا دیگر بیماریها تعریف شوند. اما تشخیص مشکلات روانشناسی یا بیماریهای روانی چون افسردگی، اختلالات اضطراب یا دیوانگی بر پایه تستهای آزمایشگاهی استوار نیستند. دکتر راسل برکلی، متخصص نامی اختلال کمبود توجه/بیش فعالی، تشریح کرد که "ما

آزمایشاتی چون سردرد، تصلب چندوجهی بافتها یا آلزایمر نداریم. اگر از طریق آزمایشات فقط میتوانستیم بیماریها را تشخیص داده یا درمان کنیم، کمابیش خواهیم توانست اختلالات روحی را برطرف نمائیم.

اما شواهد قانع کننده ای در مورد آسیب پذیری زیستی اختلال کمبود توجه/بیش فعالی وجود دارد. شواهد

اپیدمولوژی (سرایت) نشان میدهد که اختلال کمبود توجه/بیش فعالی دارای ساختار(مولفه) زیستی

قدرتمندیست. محققان دانشگاه کلورادو دریافتند که یک کودک از دوقلوهای همسان، بین ۱۱ تا ۱۸ بار بیشتر از

خواهر یا برادر عادی(غیر دوقلو) به اختلال دچار میشوند. توارث مهمترین محدوده مورد توجه در زمینه اختلال

کمبود توجه/بیش فعالی می باشد. دانشمندان چند ژن احتمالی که بر علائم بیماری و شدت اختلال تاثیر دارند را

شناسائی کردند. ساختار عملکردی با SPECT و PET که ابزارهای تشخیصی توسط اسکن مغز میتواند

در اختلال، خاصند، نشان میدهند.

رانندگی و داروهای محرک روانی

سوال:

اگر ریتالین مصرف کنم میتوانم رانندگی کنم؟

پاسخ:

بله. اما باید نسخه پزشک را همراه خود داشته باشی. در غیر اینصورت آزمایش ادرار شما مصرف داروهای روانی را نشان خواهد داد و شما را با مسائل جدی با پلیس درگیر خواهد کرد.

در زمینه اختلال کمبود توجه/بیش فعالی و رانندگی تحقیقاتی در دست اقدام است. تاکنون بیشتر دانشمندان یقین دارند که با مصرف دارو عملکرد بهتری در رانندگی خواهید داشت اما بهتر است به این امر توجه داشته باشید که آگاهی و هوشیاری شما در نهایت میتواند متفاوت باشد. اگر قبلاً "در تازه ای از محیط نداشتید (در آغاز درمان داروهای روانی) بهتر است رانندگی نکنید.

بیقراری و تجویز داروهای محرک روانی

سوال:

آیا تحریک پذیری یک نوع عارضه جانبی شایع در اثر استفاده از داروهای محرک روانی است؟ دختر ۹ ساله من "دانیلا" متیل فنیدیت را برای دوهفته تجویز پزشک دریافت کرده است که با ۵ میلی گرم آغاز شده، حالا معلم دخترم متوجه بهتر شدن توجه او شده است. اما دخترم عصرها بیقرار و کج خلق میشه. بهتر نیست دارو را متوقف

کنیم؟

ظهور تغییرات مزاجی (خلق و خو) مثل زودرنجی و بیقراری و اضطراب بسیار مطرح است و بهتر است با پزشک در میان گذاشته شود! دلایل احتمالی زیادی وجود دارد که می تواند سبب بروز چنین تغییرات گردد.

- تعیین میزان مصرف (دوز) منطقی و صحیح دارو

تجویز دارو باید آگاهانه باشد و با نیاز فردی منطبق باشد. یک کودک ممکن است به دوز بیشتری از استفاده دارو نیاز داشته باشد ولی کودک دیگر نسبت به دارو محرک روانی حساس باشد. بهتر است این امر مورد ارزیابی قرار گیرد!

- واکنش نسبت به دارو

قرصهای متیل فنیدیت به مدت حدوداً ۳ تا ۴ ساعت موثرند. بعد از این مدت علائم گذشته بیماری میتواند ظهور کند. بیماران نسبت به این امر احساس ناراحتی می کنند. تطابق با مصرف درست (به میزان کافی) و وقفه در مصرف ضروری است و

- تغییر تمهید انگیزه

برخی کودکان به متیل فنیدیت واکنش نشان نمیدهند اما با آمفتامین خوب عمل می کنند.

- تخمین صحیح اختلالات کمربیدی مثل افسردگی یا اختلالات اضطراب

- برآورد میزان خواب مناسب

بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال شب هنگام مشکلات زیادی دارند. اگر آنها نتوانند بخوابند ممکن است عصبی و بیقرار شوند.



سوال؟

این اختلال کمبود توجه/بیش فعالی است یا کمبود خواب؟

پاسخ:

فقدان خواب بر عملکرد شناختی مغز تاثیر دارد! بنابراین بسیار ضروری است که مسائل خواب یا فقدان آن که ناشی از تماشای تلویزیون یا دیگر فعالیتهای شبانهگاهی است را معین نمائیم. محققان در زمینه خواب خاطر نشان کردند افراد ۱۱ و ۱۲ ساله هائی که کمتر از ۶ و نیم ساعت می خوابند، مسائل رفتاری و توجهی مشابهی چون مبتلایان به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی دارند! یک شب نخوابیدن بین ۳۰ الی ۴۰ درصد از ظرفیت فرایند مغز را کاهش میدهد! دو شب نخوابیدن بین ۶۰ الی ۷۰ درصد از عملکرد توجه و شناختی را میکاهد!

بنابراین بسیار مهم است که از خواب کافی خود و فرزندتان اطمینان حاصل کنید!

چه میزان خواب کافی است؟

- نوزاد/ نوپا : ۱۷-۱۸ ساعت

- کودک ۴ساله: بین ۱۰ الی ۱۲ ساعت

- کودک ۱۰ ساله : ۹ الی ۱۰ ساعت

- افراد ۱۸ ساله : ۸ الی ۹ ساعت

- افراد ۳۰ سال به بالا: ۷ الی ۸ ساعت

- و افراد ۶۰ سال به بالا : کمتر از ۶ الی ۷ ساعت

سوال:

آیا داروهای محرک روانی سبب توقف رشد میشوند؟

پاسخ:

خیر.

کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی معمولاً "تاخیر در رشد فردی را نشان میدهند (که شامل تفاوت در رشد الگوهاست). انتقال دهنده دوپامین نقش مهمی در رشد منظم هورمونها و پرولاکتین دارد. میزان مصرف پیشنهادی (توصیه شده) داروهای محرک سطح هورمونها را تحت تاثیر قرار نمی دهد، اما به دلیل بی اشتغالی تاخیری ناچیز در رسیدن به وزن مناسب ممکن است بروز نماید. مصرف مطلوب دارو بهتر است منطبق بر برنامه ۶ ماهه منظمی باشد. به ندرت کودکان بزرگتر به میزان کمتر داروی محرک نیاز دارند. معمولاً "کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی یک تا دو سال دیرتر از دیگر همکلاسه‌های خود به رشد و وزن مطلوب در سن بلوغ دست خواهند سافت. تعداد بسیار اندکی از کودکان کمی کوچکتر از دیگر همکلاسی های خود باقی میمانند که این امر به دلیل دارو یا درمان نیست، ولی می تواند نتیجه اختلالات دیگر هورمونی باشد.

عوارض جانبی داروهای محرک روانی (مثل ریتالین، کنسرتا، متیل فنیدیت)

سوال:

عوارض جانبی محرکهای روانی مثل ریتالین و کنسرتا (متیل فنیدیت) چیست؟ عوارض جانبی جدی آنها چیست؟

عوارض نوعی جانبی دارودرمانی روانی با محرکهای روانی مثل متیل فنیدیت (ریتالین، کنسرتا) یا آفتامین معمولاً خفیف است و محدود به اولین روزها و هفته های درمان است. عوارض نوعی شدید و جدی با تحریک سیستم عصبی خودکار (سمپاتیک و پاراسمپاتیک) میتواند تشریح شود.

فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک می تواند سبب افزایش ضربان (نبض) شود. برخی از بیماران تپش قلب را گزارش می کنند (لرزش یا تند زدن نامنظم قلب). معمولاً این امر باعث هیچ مشکل جدی نمی گردد. فشار خون ممکن است اندکی افزایش یابد که بیشتر از ۵ میلیمتر جیوه نمی باشد. این امر مربوط به بیماران با فشارخون بالاست.

گاهی این امر می تواند باعث علائم سرگیجه گردد. رایجترین عارضه جانبی ناشی از فعلیت سیستم عصبی سمپاتیک مشکلات خواب (بی خوابی) است. بنا براین بطور معمول تجویز محرکهای روانی در عصر و غروب انجام نمی گیرد. اما برخی بیماران اگر میزان کمی از محرکها را استفاده کنند مشکلات کمتری خواهند داشت زیرا مغز آنها استراحت می کند. عکس العملهای نوعی سیستم پاراسمپاتیک:

- کم اشتهائی و مشکلات شکمی

- سردردهای نامنظم عوارض جانبی شدید و پایدار خیلی نادر است. هرچند هر دارویی می تواند سبب واکنش حساسیتی گردد. معمولاً این امور نمی توانند توسط محرکها ایجاد شوند اما می تواند به خاطر مواد افزودنی قرصها باشد.

- عوارض شدید سمی متیل فنیدیت در نوشته ها تشریح نشده است. یکی از محرکهای روانی قدیمی تر به نام پمولین (سایلرت) ندرتاً عواقب کبدی در پی دارد، بنابراین اگر پزشکی از این محرک تجویز نمود مراقبت ویژه نیاز خواهد بود. هرچند متیل فنیدیت باعث هیچ نوع آسیب یا تغییراتی اینچنینی نمی شود.

مغزی می ترسند. در واقع یک زیست شناس عصبی آلمانی کوشید تا توجه رسانه ها را به این امر جلب کند که متیل فنیدیت ممکن است سبب پارکینسون شود.

بله. دوپامین برای اختلال کمبود توجه/بیش فعالی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. آری، محرکهای روانی

بر انتقال دهنده دوپامین مغز اثر می کنند اما خیر، هیچ ارتباطی بین اختلال کمبود توجه/بیش فعالی و

پارکینسون وجود ندارد. اما نمونه واحد بوجود ندارد در جایی که کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش

فعالیت علائم پیشرفته پارکینسون را در سالهای آتی بروز دهد.

- توقف رشد

### عوارض سمی محرکهای روانی

سوال:

آیا محرکهای روانی عوارض سمی نیز دارند؟

پاسخ:

محرکهای روانی رایج در درمان کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اختلال کمبود توجه/بیش فعالی (متیل

فنیدیت و آمفتامین) هیچ عارضه سمی ندارند یا خیلی خیلی به ندرت دارند.

هر دارویی می تواند واکنشهای آلرژیکی سبب شود و گاهی تغییراتی در تعداد گلبولهای سفید یا قرمز بوجود

بیاورد اما این امر به ندرت اتفاق می افتد. پزشکان بطور معمول آزمایش خون در چک کردن بیماران خود یک یا

دوبار در سال انجام میدهند. یک نوع قدیمی محرک روانی پمولین، ندرتا" بر کبد تاثیر مخرب داشت که مراقبت

شدید آنزیم کبد ضروری بود.

## محرکها و مشکلات خوابیدن

سوال:

آیا محرکهای روانی باعث بی خوابی یا کابوس می شوند؟

پاسخ:

به نظر میرسد مشکلات خوابیدن با اختلال کمبود توجه/بیش فعالی در ارتباطند. بسیاری از مبتلایان (کودکان، بزرگسالان و نوجوانان) در آرامش بعد از ظهر مشکل دراند و نمونه هائی از آشفتگی خواب و کابوس شبانه را گزارش می کنند.

داروهای محرک روانی می توانند در برخی بیماران علت بی خوابی باشد. اما گروه معنی داری از بیماران نیز وجود دارند که مصرف اندک محرکهای روانی در عصر یا قبل از خواب برای آمش آنان مفید است!

برای کشف اینکه آیا داروهای محرک روانی در مشکلات خواب نقش دارند، باید تلاش کنید این داروها را زودتر استفاده کنید یا مصرف آنها کم کنید یا اصلاً" از مصرف آنها بعد از ۲ عصر اجتناب کنید.

اگر بطور دائم دارو مصرف می کنید (بطور مثال کنسرتا) در دراز مدت بهتر است تعویض قرص یا میزان مصرف آنها مدنظر قرار دهید.

گاهی ترکیب داروی مسکنآنتی هیستامین یا کلونیدین می تواند مفید باشد.

زمان تماشای تلویزیون یا بازیهای کامپیوتری را بعد از ظهر کم کنید زیرا این موارد می توانند عامل تحریک بیش از اندازه مغز باشند.

آیا ریتالین/کنسرتا و دیگر داروها میتواند درمان خوبی برای اختلال کمبود توجه/بیش فعالی باشند؟ یا احتمال سوء مصرف نیز وجود دارد؟

سوال:

آیا ریتالین/کنسرتا و دیگر داروهای مورد مصرف در اختلال کمبود توجه/بیش فعالی درمان خوبی به حساب می آیند یا احتمال خطر سوء مصرف مواد نیز وجود دارد؟

پاسخ:

محرکهای روانی مثل متیل فنیدیت (ریتالین/کنسرتا) برای درمان بیش فعالی شناخته شده اند اما تنها یک نشانه از اختلال است که توسط این شیوه درمانی تعدیل می شود. در شیوه درمانی چند گزینه ای اختلال کمبود توجه/بیش فعالی، محرکها بصورت نه تنها بر هسته علائم اختلال کمبود توجه/بیش فعالی (بیش فعالی، کمبود توجه و تکانشی) اثر مثبت دارد بلکه ثابت شده که اثرات طولانی مدت (ماندگاری) بر:

- عملکرد شناختی ویژه یادگیری، حافظه و دیگر عملکردهای توجه دارد.
- پیشرفت عملکرد اجتماعی با بهتر شدن تعاملات با رفقا، دوستان بیشتر و رفتارهای موافق اجتماعی.
- رفتار کلاسی و عملکرد تحصیلی بهتر با کاهش رفتار غیر وظیفه ای، گسیختگی در رفتار و پیروی از دستورالعملهای مربی.
- ارتباطات با والدین و خواهر و برادرها بهتر میشود. رفتار بدون تکلیف یا طغیان خشم کمتر میشود.

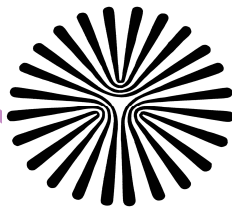
این امر می تواند تاثیر زیادی بر بیشتر شدن اعتماد به نفس و تعامل اجتماعی داشته باشد. درحالیکه کودکان با اختلال کمبود توجه/بیش فعالی به احتمال زیادتری در معرض اعتیاد و سوء استفاده از مواد قرار دارند، درمان با محرکهای روانی از این عواقب بد جلوگیری می کند.

[www.kandoo.cn](http://www.kandoo.cn)



[www.kandoo.cn](http://www.kandoo.cn)





دانشگاه پیام نور  
واحد مشهد

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی  
رشته علوم تربیتی (مدیریت و برنامه ریزی آموزشی)

عنوان:

بررسی دلایل اختلال بیش فعالی کودکان  
در مقاطع مختلف تحصیلی و راههای درمان آن

استاد راهنما:

پژوهشگران:

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

تقدیم :

به ساحت مقدس ولی عصر (عج)

به پژوهندگان علم و معرفت

به پدر و مادر عزیزمان

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

تقدیر و تشکر

سپاس بی حد ایزد یکتا را که به ما توان بخشید تا در سایه عنایت بی مثالش گامی فراتر نهیم و دانش و فضل را زیور حیات خویش قرار دهیم و سپاس بی کران به پیشگاه استادان فاضل و اندیشمندی که سخاوتمندانه دریچه ای از علم و معرفت را به روی ما گشودند.

قلم اینجانبان کوچکتر از آن است که بتواند حق سپاس از اساتیدی چون جناب آقای استاد دکتر تفضلی مقدم استاد راهنما و استاد دکتر نعمتی مدیر گروه محترم را ادا کند. جای آن داشت که با قلمی زرنگار، نامشان به نگار در می آمد.

و اما جهت تقدیر از زحمات پدر و مادر عزیزمان که از ابتدای تحصیل تاکنون ما را راهنمایی کردند کلامی که فراخوار ایشان باشد در لوح اندیشه امان نیافتیم.

بدین وسیله مصداق حدیث نبوی

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

"من لم يشكر المخلوق لم يشكر الخالق"

از تمام عزیزانی که ما را یاری نمودند سپاسگزاری می نمایم و آرزوی توفیق روزافزون برای ایشان از درگاه ایزد احدیت تقاضا مندیم.

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

# فصل اول

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

# طرح مساله

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

# فصل دوم:

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

# بررسی پشه

## تحقیق

# فصل چهارم:

## تجزیه و

## تحلیل تحقیق



[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

# فصل سوم:

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

# متدلوژی تحقیق

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com)

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

# فصل پنجم:

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

## جمع بندی و

## نتایج

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

[www.kandooch.com](http://www.kandooch.com)

الف) کتاب

- ۱- گودرزی، علیمحمد (۱۳۶۹)، کودکان پرتحرک، مشهد، انتشارات کتابستان مشهد و نشر صمیم
- ۲- کاکاوند، علیرضا (۱۳۸۵)، اختلال نقص توجه - بیش فعالی نظریه و درمان، کرج، انتشارات سرفراز
- ۳- کانرز. سی. کیت (۱۳۸۶) راهنمای تشخیص و درمان اختلال کم توجهی / بیش فعالی در کودکان و بزرگسالان، مترجم، میرمحمود میرنسب، تهران، انتشارات ارجمند
- ۴- پاتریشیا، کوبین. جودیت ام، استرن (۱۳۸۳) کمک به کودکان و نوجوانان بی قرار و حواس پرت. مترجم، حمید عزیزاده، تهران، انتشارات جوانه رشد
- ۵- باری ای. مک نامارا (۱۳۸۶) کلیدهای پرورش کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه. مترجم، فریبا مقدم، تهران، انتشارات صابرین کتابهای دانه
- ۶- س. کیت کانرز - جولیت ال جت (۱۳۸۷) اختلا نارسایی توجه / بیش فعالی در کودکان و بزرگسالان و راهبردهای نوین در ارزیابی و درمان، مترجم، حمید عزیزاده، قربان همتی، صدیقه رضایی، تهران، انتشارات دانژه
- ۷- محمد اسماعیل، الهه (۱۳۸۴) درسنامه درمان رفتاری - شناختی کودکان مبتلا به بیش فعالی، تهران، انتشارات دانژه
- ۸- داوری آشتیانی، رزینا (۱۳۸۶)، اختلال کمبود توجه بیش فعالی مروری بر علائم و درمانهای جدید، تهران، انتشارات قاطره
- ۹- ریتا ویکسون نسلون، آلن سی، (۱۳۶۸)، اختلالهای رفتاری کودکان، مترجم، م، تقی منش طوسی، تهران انتشارات دانژه
- ۱۰- آزاد، حسن، (۱۳۷۵) روانشناسی مرضی کودک، تهران، انتشارات دانژه

- ۱۱- [www.adhd-pdd.blogfa.com](http://www.adhd-pdd.blogfa.com)
- ۱۲- [www.salamatnews.com](http://www.salamatnews.com)
- ۱۳- [www.drazarbayerjani.com](http://www.drazarbayerjani.com)
- ۱۴- [www.persiakids.com](http://www.persiakids.com)
- ۱۵- [www.arya.mihanblog.com](http://www.arya.mihanblog.com)
- ۱۶- [www.daneshju.ir](http://www.daneshju.ir)
- ۱۷- [www.aynazvasmael.parsiblog.com](http://www.aynazvasmael.parsiblog.com)
- ۱۸- [www.afarineshdaily.ir](http://www.afarineshdaily.ir)
- ۱۹- [www.persiandiet.com](http://www.persiandiet.com)
- ۲۰- [www.iransalamat.com](http://www.iransalamat.com)
- ۲۱- [www.rashinataey.blogfa.com](http://www.rashinataey.blogfa.com)
- ۲۲- [www.aramesh.blogfa.com](http://www.aramesh.blogfa.com)
- ۲۳- [www.rezaashtiani.mihanblog.com](http://www.rezaashtiani.mihanblog.com)
- ۲۴- [www.iranseda.com](http://www.iranseda.com)
- ۲۵- [www.socialworker.mihanblog.com](http://www.socialworker.mihanblog.com)
- ۲۶- [www.tebyan.net](http://www.tebyan.net)
- ۲۷- [www.web4health.info.com](http://www.web4health.info.com)
- ۲۸- [www.p3.lords.com](http://www.p3.lords.com)
- ۲۹- [www.pezeshk.us](http://www.pezeshk.us)
- ۳۰- [www.iransalamat.com](http://www.iransalamat.com)