

نگرشی بر اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کودکان

دکتر: ناصر امیدیه میانکوه

www.ketab.ir

مقدمه و پیشگفتار

مَنْتِ خدای را عز و جل که طاعتش موجب قربتست و به شکر اندرش مزید نعمت هر نفسی که فرو می‌رود ممتّ حیاتست و چون بر می‌آید مفرّح ذات پس در هر نفسی دو نعمت موجودست و بر هر نعمت شکری واجب. از خداوند متعال نهایت تشکر و سپاس را دارم که بار دیگر به اینجانب فرصت داد تا بتوانم در جهت افزایش علم روانشناسی و ایجاد دیدگاه‌های روشن نسبت به مباحث آن، قدمی بردارم. در این کتاب که دارای عنوان نگرشی بر اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کودکان می‌باشد، نهایت تلاشم را کردم تا بتوانم بروزترین، جدیدترین و روان‌ترین مطالب را در اختیار مخاطبانمان قرار دهم.

لازم بذکر است که جهت بهره‌وری از جدیدترین مطالب در حیطه موضوع کتاب، سعی شد که تعدادی از پژوهش‌های داخلی و خارجی را در داخل کتاب بیاورم که انشالله در چاپ‌ها و ویراست‌های بعدی مطالب جدید دیگری را هم اضافه خواهم کرد.

ما خود را از بهتر شدن کارمان بی‌نیاز نمی‌بینیم و نظراتتان را معیاری ارزشمند برای توجه و ارزیابی کارهای خود می‌دانیم. چرا که این آراء، مایه بهتر شدن کارمان و در نتیجه رضایت بیشتر شما فرهیختگان خواهد بود. خدائندگان عزیز برای این منظور می‌توانید نظرات خود را از طریق ایمیل Naseromidi74@gmail.com به بنده انتقال داده و مرا از انتقادات و پیشنهادات خود بهره‌مند سازید تا انشالله در تجدید نظر بعدی بتوانم کتاب را به شکل کامل‌تر و بهتری ارائه دهم. در پایان از نشر باب که به چاپ این اثر همت گماشت، نهایت سپاس‌گزاری را دارم و برای آنان از باری تعالی عز و جل توفیق در خدمات علمی و فرهنگی مسئلت می‌کنم.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	مقدمه
۶	همه گیر - شناسی
۷	سبب شناسی
۸	عوامل ژنتیک
۸	عوامل مربوط رشد
۹	آسیب مغزی
۱۰	عوامل عصبی - فیزیولوژیکی
۱۱	عوامل روانی - اجتماعی
۱۲	تشخیص
۱۴	ویژگی های بالینی
۱۷	آسیب شناسی
۱۷	تشخیص افتراقی
۲۲	بیش فعالی و رابطه آن با جنسیت
۲۲	سبب شناسی
۲۳	انواع بیش فعالی
۲۳	نوع بی دقت و بدون توجه
۲۴	نوع تکانشی - بیش فعالی
۲۵	نوع ترکیبی
۲۵	نظریه ها و دیدگاه ها
۲۶	نظریه سازوکار برانگیختگی
۲۷	الگوی کارکردهای هماهنگ ساز

۲۷	پیشینه تاریخی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی
۳۱	تعاریف بیش‌فعالی
۳۹	راهبردهای درمان
۴۰	اثرات رفتاری داروهای محرک
۴۱	اثرات بر کنترل رفتاری و توجه
۴۱	اثرات بر عملکرد شناختی و تحصیلی
۴۱	اثرات بر روابط اجتماعی
۴۲	زیان‌های دارو درمانی
۴۲	رفتار درمانی
۴۳	درمان شناختی - رفتاری
۴۴	پیشینه درمان شناختی - رفتاری
۴۵	درمان شناختی - رفتاری برای کودکان
۵۰	درمان چند الگویی
۵۰	درمان بیش‌فعالی کودک با غذا
۵۱	اسیدهای چرب ضروری
۵۱	ویتامین B ₆
۵۱	آهن
۵۲	منیزیم
۵۲	روی
۵۳	نکات مهم
۵۵	نقش بازی در کاهش اختلالات بیش‌فعالی
۵۵	خمیر بازی
۵۹	استفاده از دارو برای درمان مشکلات خواب این کودکان
۶۷	منابع و مأخذ
۶۷	الف - منابع فارسی
۷۰	ب - منابع انگلیسی

مقدمه

اختلال فقدان توجه / بیش‌فعالی (ADHD) یک اختلال عصبی روانی است که با فقدان توجه (کاستی توجه) و تکانش‌گری و بیش‌فعالی مشخص می‌شود. ADHD در کودکی ظاهر شده و ۵ تا ۱۱ درصد کودکان را درگیر می‌نماید. ADHD کودکان مختل‌کننده بوده و با ناکارایی در پیشرفت تحصیلی، تعاملات خانوادگی، روابط با همسالان، عزت نفس و کیفیت زندگی ارتباط دارد. به علاوه ADHD با اختلالات درونی و بیرونی هم‌بودی دارد.

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.

مشخصه اصلی اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی الگوی پایدار فقدان توجه یا بیش‌فعالی / برانگیختگی است که در مقایسه با همسالان کودک، فراوان‌تر و شدیدتر است. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است توانایی توجه دقیق به جزئیات را نداشته باشند یا در انجام تکالیف مدرسه، کار یا سایر فعالیت‌ها از روی بی‌احتیاطی مرتکب اشتباه شوند. اغلب، در انجام فعالیت‌ها بی‌نظمی وجود دارد و امور محوله با بی‌دقتی و بدون تفکر کافی انجام می‌گیرد. حفظ توجه بر تکالیف یا بازی برای این افراد غالباً دشوار است و به سختی می‌توانند برای به پایان رساندن تکالیف توجه خود را متمرکز کنند.

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 مراجعه‌کنندگان 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.

اختلال بیش‌فعالی معمولاً در سنین مدرسه تشخیص داده می‌شود و مهم‌ترین عارضه آن اختلال در عملکرد 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؛ یکی کودک ممکن است بیش‌فعال باشد یا بی‌توجه و یا هر دوی 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، در حالی که گفته می‌شود کودکی که بیش‌فعال باشد، درمان سریع‌تر و به‌بودی بیشتری نسبت به کودک بی‌توجه دارد.

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

ترک‌تحصیل شده و حتی در آینده به اعتیاد روی می‌آورند یا دچار رفتارهای ضداجتماعی متعددی می‌شوند.

نتیجه‌ی پژوهش‌های انجام شده در مرکزهای پژوهشی و دانشگاهی در سراسر جهان، شناخت و آگاهی بسیار جدیدی از ویژگی‌ها و سبب‌شناسی اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی به دست داده‌اند. این آگاهی از واپسین سال‌های دهه‌ی ۸۰ میلادی (پژوهش وندر میروسرجنت، ۱۹۸۸). و به ویژه یک دهه بعد، یعنی زمانی که بارکلی در سال ۱۹۹۷ مقاله‌ای در مورد این اختلال نوشت، نمود پیدا کرد، بر این اساس، دانش‌مداران چه را که درباره‌ی سبب‌شناسی این اختلال می‌دانستند بازنگری کردند و به نظر می‌رسد الگوی جدیدی در این زمینه در حال شکل‌گیری و گسترش است. در این الگوی جدید، تأکید بر تکانش‌گری ناشی از نارسایی بازداری است که به شکل (نارسایی در کنترل حرکتی) ظاهر می‌شود.

افرادى که دارای بیش‌فعالی می‌باشند در زندگی روزمره دچار مشکلاتی می‌باشند که در بعضی موارد می‌تواند کار آن‌ها را مختل کند.

مشکلات پیش از تولد از جمله قرار گرفتن در معرض سیگار، عفونت‌های جنسی مثل کلامیدیا، نارسایی سرویکس و غیره می‌تواند منجر به تولد پیش از موعد، وزن کم هنگام تولد و SGA شود. تولد پیش از موعد و وزن کم هنگام تولد می‌تواند منجر به مشکلات ذهنی، رفتاری، روان‌شناختی، مشکلات تهویه و سایر مشکلات شود. تهویه‌ی مکانیکی برای نوزادان نارس به طور مستقل به عملکرد ضعیف عصبی تکاملی کمک می‌کند.

در مطالعات کمی ارتباطی بین مدت زمان تهویه‌ی مکانیکی و خطر ابتلا به اختلالات نمو در وزن بسیار کم هنگام تولد (VLBW) بررسی شده است. این

نوزادان در معرض آسیب مغزی و اختلالات روانی نظیر فلج مغزی، اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه و اوتیسم هستند.

تهویه مکانیکی بیشتر مساوی ۱۵ روز احتمال بروز اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه و فلج مغزی را به صورت قابل ملاحظه‌ای افزایش داده است.

در جای دیگری عنوان شده LBW به شدت با مشکل بیش‌فعالی/اختلال توجه در ارتباط است اما این ارتباط هنوز نامشخص است.

مشکلات بیش‌فعالی/اختلال توجه توسط پرسش‌نامه‌های استاندارد در کودکان با وزن تولد بسیار پایین (کمتر از ۱۰۰۰ گرم)، کودکان بسیار زودرس متولد شده (کمتر مساوی ۲۷ هفته) و کودکان کم وزن (کمتر از ۲۵۰۰ گرم) مورد بررسی قرار گرفته است و در بسیاری از مطالعات دیده شده که فراوانی نسبی بیش‌فعالی/اختلال توجه در این گروه بیشتر بوده. شاید این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبوده اما چیزی که واضح و روشن است بیشتر بودن فراوانی نسبی این اختلال در این گروه است. با این وجود در بررسی‌های دیگری میزان این اختلال در نوزادان نارس ۲ تا ۳ برابر نوزادان نرمال بیان شده است. در ادامه به توضیح و بررسی ADHD می‌پردازیم:

طبق چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)، اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی یک الگوی ثابت بی‌توجهی و بیش‌فعالی است، که فراوان‌تر و شدیدتر از آنچه معمولاً در کودکان با سطح رشد مشابه دیده می‌شود، می‌باشد. بعضی از علائم باید قبل از ۷ سالگی ظاهر شوند. هر چند تشخیص بعضی از کودکان سال‌ها پس از آن که علائم آشکار بوده است ظاهر می‌گردد. اختلال باید حداقل در دو زمینه وجود داشته باشد، و تداخل در کارکرد متناسب با رشد باید در

زمینه‌های اجتماعی، تحصیلی یا کاری روی دهد. این اختلال نباید در جریان اختلال فراگیر رشد، اسکیزوفرنی یا سایر اختلالات سایکوتیک روی دهد و نیز یک اختلال روانی دیگر توجیه بهتری برای آن نباشد.

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی اختلال شایعی است و در پسرها بیشتر از دخترها دیده می‌شود و سبب اختلال در مدرسه و خانه می‌گردد. این اختلال با میزان توجه ضعیف که با رشد فرد نامتناسب است، یا خصوصیات بیش‌فعالی یا رفتار تکانشی نامتناسب با سن و یا هر دو این ویژگی‌ها مشخص می‌شود. برای به دست آمدن ملاک‌های تشخیصی، این اختلال باید حداقل شش ماه طول کشیده باشد و سبب تحریک‌ناپذیری، کمبود تحصیلی یا اجتماعی شده و پیش از سن هفت سالگی بروز کرده باشد. سابقه‌ی چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تشخیص با تایید علائم متعدد در زمینه بی‌توجهی یا بیش‌فعالی و تکانش‌گری یا هر دو گذاشته می‌شود. این ترتیب ممکن است کودک فقط با علائم بی‌توجهی یا با علائم بیش‌فعالی و تکانش‌گری بدون وجود بی‌توجهی مشمول این تشخیص گردد. بعضی از کودکان پس از دو بعد نشانه‌های متعددی نشان می‌دهند، بنابراین DSM-IV سه نوع فرعی اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی را ذکر کرده است: ۱- نوع عمدتاً بی‌توجه، ۲- نوع عمدتاً بیش‌فعال، تکانش‌گر و ۳- نوع مختلط. یک ملاک تشخیصی دیگر DSM-IV وجود نشانه‌ها در دو یا چند موقعیت، نظیر مدرسه، خانه یا محیط کار است.

اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، سال‌ها در منابع علمی تحت اصطلاحات مختلف مشخص شده است. در اوایل سال‌های ۱۹۰۰ کودکان تکانش‌گر، مهار گسسته و بیش‌فعال - که بسیاری از آنان دچار آسیب‌های عصبی ناشی از انسفالیت

بودند- تحت عنوان ((سندروم بیش‌فعال)) طبقه‌بندی می‌شدند. در دهه‌ی ۱۹۶۰ گروه ناهمگونی از کودکان مبتلا به ناهماهنگی حرکتی، ناتوانی‌های یادگیری و بی‌ثباتی هیجانی بدون آسیب عصبی خاص، مبتلا به حداقل آسیب مغزی توصیف شدند. از آن زمان به بعد فرضیه‌هایی برای توضیح ریشه این اختلال مطرح شده‌اند، مثلاً در یکی از این نظریات، اختلال مزبور را دارای پایه ژنتیکی می‌دانستند که منجر به سطح غیرطبیعی انگیزش و توانایی ضعیف برای تعدیل هیجانات می‌شود، این نظریه در ابتدا با مشاهده‌ی تأثیر داروهای محرک در ایجاد توجه پایدار و بهبود بخشیدن توانایی کودک برای تمرکز بر تکلیفی معین مورد حمایت قرار گرفت. در حال حاضر اعتقاد بر این است که هیچ عامل واحدی مسئول بروز اختلال نیست، هر چند متغیرهای محیطی بسیاری ممکن است در آن نقش داشته و بسیاری از ویژگی‌های بالینی قابل ارتباط با آن مرتبط باشند.

همه‌گیری‌شناسی

گزارش‌های میزان بروز ADHD در ایالات متحده از ۲ تا ۲ درصد دانش‌آموزان مدارس ابتدایی متغیر است، لذا رقم محتاطانه حدود ۳ تا ۷ درصد کودکان مدارس ابتدایی در سنین پیش از بلوغ است. در بریتانیای کبیر این رقم پایین‌تر و حدود ۱ درصد است. ADHD در پسرها شایع‌تر از دخترها و با نسبتی ۲ بر ۱ تا ۹ بر ۱ می‌باشد. این اختلال در پسر بچه‌های اول خانواده شایع‌تر است. خواهران و برادران افراد مبتلا به ADHD با احتمال بیشتر مبتلا به این اختلال و اختلالات دیگری نظیر اختلالات رفتاری و مخرب، اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی روبرو هستند، در خواهر و برادرهای کودکان ADHD هم‌چنین احتمال بیشتری وجود دارد که در

آزمون‌های پیشرفت تحصیلی نمرات پایین آورده‌اند و شواهدی از شکست‌های تحصیلی نشان دهند. والدین کودکان مبتلا به ADHD میزان بالاتری از هایپرکینزی، جامعه‌ستیزی، الکلیسم و هیستری نشان می‌دهند.

هر چند شروع اختلال در حدود ۳ سالگی است ولی تشخیص معمولاً تا زمانی که بچه وارد مدرسه ابتدایی نشده و آموزش رسمی الگوهای رفتاری سازمان یافته، از جمله میزان توجه و تمرکز متناسب از نظر رشد را ایجاب نکرده است داده نمی‌شود.

سبب‌شناسی

علل اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی معلوم نیست. اکثر کودکان مبتلا به ADHD شواهدی از آسیب آشکار سام‌تعدادی در دستگاه اعصاب مرکزی را نشان نمی‌دهند. بر عکس، اکثر کودکان واجد اختلالات عصبی شناخته شده ناشی از صدمات مغزی دچار نقص توجه و بیش‌فعالی نمی‌شوند. علی‌رغم نقدان اساس عصبی فیزیولوژیکی و عصبی شیمیایی خاص برای این اختلال، رابطه‌ای قابل انتظار بین آن و انواعی از اختلالات دیگری که بر عملکرد مغز تاثیر می‌گذارند نظیر اختلالات یادگیری، وجود دارد.

عواملی که برای ADHD مطرح شده‌اند عبارتند از: مواجهه با سموم در دوره قبل از تولد، زودرسی و صدمه مکانیکی قبل از تولد به دستگاه عصبی جنین، افزودنی‌های خوراکی، رنگ‌ها، مواد نگهدارنده، و قند نیز به عنوان عوامل احتمالی رفتار بیش‌فعال مطرح شده‌اند. اما شواهد علمی سببیت این عوامل را در اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه تایید نکرده‌اند.