

اختلال کاستی توجه / بیش فعالی (ADHD) attention – deficit/hyperactivity disorder

❖ ویژگی های تشخیصی

یکی از اختلالات روانی که عموماً تشخیص داده می شود، اختلال کاستی توجه / بیش فعالی است، نوعی **اختلال عصبی - رشدی** که الگوی **بداوم بی توجهی و / یا بیش فعالی** را شامل می شود. ویژگی اصلی اختلال ADHD رفتارهایی است که از لحاظ اجتماعی اختلالگر محسوب می شوند، یعنی، موقعیت های اجتماعی را مختل می کنند، این موقعیت های اجتماعی می تواند خانواده، مدرسه یا هر جای دیگری باشند که در آنجا، غیر از کودک فرد دیگری نیز حضور دارد. کودکان مبتلا به ADHD انرژی و بی فکری بیشتری دارند. از لحاظ رفتاری ممکن است به صورت های مختلف نشان داده شود، از جمله فرد در موقعیت های تحصیلی، شغلی، یا اجتماعی، بی اعتنائی و بی توجهی نشان می دهد؛ به هنگام انجام دادن کارها حواسشان پرت می شود و آنها را نمی تواند تمام کند یا به زور تمام می کند؛ از کاری به کار دیگر می رود بدون آنکه قبلی را به پایان برساند. علاوه بر آن، گاهی به نظر می رسد که حواس این افراد، مثلاً در مدرسه، به کلاس نیست و نمی توانند آموزش ها یا دستورات دیگران را متوجه شوند یا به آنها واکنش نشان دهند. کودکان مبتلا به ADHD معمولاً از تکالیف که به تلاش فکری و تمرکز حواس نیاز دارد به شدت متنفرند و رویدادها یا محرک های بی ربط حواس آنها را به راحتی پرت می کنند. بیش فعالی (hyperactivity) ممکن است به صورت بی قراری، وول خوردن، آرام ننشستن روی صندلی، نشان داده شود. کودکان مبتلا به ADHD دائماً به طور افراطی در حال دویدن و بالا رفتن از میز و صندلی هستند، و به هنگام بازی، بی وقفه و با صدای بسیار بلند حرف میزنند، و به طور کلی، زیاد حرف میزنند. خردسالان مبتلا به ADHD نیز به طور دائم در حال ورجه ورجه روی مبلمان هستند و علاوه بر آن، از کارهایی که باید نشسته انجام دهند، مثلاً گوش دادن به یک داستان یا نگاه کردن به تلویزیون، دوری می جویند. ایپمالسیویتی (impulsivity) بی فکری، بی ارادگی در کنترل هوس) به صورت بی صبری، بدون فکر عمل کردن، ناتوانی در به تأخیر انداختن رفتار (مثلاً دویدن به بیرون از خانه بدون صبر کردن برای پوشیدن کاپشن)، و قطع دائم حرف دیگران، نشان داده می شود. کودکان مبتلا به ADHD قبل از اینکه سوال معلم یا بزرگترها تمام شود پاسخ میدهند، در صف یا به هنگام بازی دسته جمعی، منتظر نوبت خود نمی مانند، بازی دیگران را مختل می کنند، ایپمالسیویتی ممکن است به حادثه های خطرناک نیز منجر شود، مثل خوردن به در و دیوار، یا انجام دادن کارهای خطرناک "مثل دوچرخه سواری با سرعت در مکان های خطرناک". در بزرگسالان، بیش فعالی می تواند به صورت بی قراری شدید یا منحرف کردن دیگران از فعالیتشان آشکار شود. تکانشگری به اعمال محولانه ای اشاره دارد که به صورت لحظه ای بدون دوراندیشی روی میدهند و به احتمال زیاد به فرد لطمه میزنند (مثل جست خوردن در خیابان بدون نگاه کردن). تکانشگری نمیتواند میل به یادداشتن های فوری یا ناتوانی در به تعویق انداختن خشنودی یا لذت را منعکس کند. رفتارهای تکانشی می توانند به صورت مزاحمت اجتماعی (مثل ایجاد مزاحمت بیش از حد برای دیگران) و یا گرفتن تصمیمات مهم بدون در نظر گرفتن پیامدهای بلند مدت، آشکار شود (مثل یک کار بدون اطلاعات کافی). ADHD در **کودکی** شروع می شود. شرایط لازم برای اینکه چند نشانه **قبل از ۱۲ سالگی** وجود داشته باشند از **اهمیت جلوه بالینی قابل ملاحظه در طول کودکی خبر میدهند**. در عین حال، به خاطر مشکلاتی که در تعیین دقیق کودکی با نگاه به گذشته وجود دارد، سن پایین تر موقع شروع، مشخص نشده است. یادآوری بزرگسالان در مورد نشانه های کودکی نامطمئن است، و گردآوری اطلاعات جنبی مفید واقع می شود. جلوه های این اختلال باید در بیش از یک موقعیت وجود داشته باشند (مثلاً در خانه و در مدرسه، محل کار). تأیید نشانه های قابل ملاحظه در موقعیت های مختلف، معمولاً بدون مشورت با منابع خبر که فرد را در این موقعیت ها دیده اند، نمی توانند به صورت دقیق انجام شود. معمولاً، نشانه ها بسته به زمینه در موقعیتی خاص، تفاوت دارند. در صورتی که فرد برای رفتار مناسب پاداش های مکرر بگیرد، تحت نظارت دقیق باشد، در موقعیت تازه باشد، به فعالیت های خیلی جالب بپردازد، تحریک بیرونی مستمر داشته باشد (مثلاً از طریق صفحه های نمایش الکترونیکی)، یا در موقعیت های تک به تک در حال تعامل کردن باشد (مثلاً در دفتر متخصص بالینی)، علائم این اختلال می توانند خیلی کم یا وجود نداشته باشند. ملاک های تشخیصی و نام این اختلال ظرف چند دهه گذشته، به طور قابل ملاحظه ای تغییر کرده اند. آنچه به پیچیدگی در شناختن ADHD می افزاید، مجادله هایی هستند که بر سر شیوع، علت ها، روند، و درمان آن صورت گرفته اند.

❖ ویژگی های مرتبط که تشخیص را تأیید می کنند

تأخیرهای خفیف در رشد زبان، حرکتی، یا اجتماعی، مخصوص ADHD نیستند، ولی اغلب روی میدهند. ویژگی های مرتبط می توانند شامل تحمل کم ناکامی، تحریک پذیری، یا تغییر پذیری خلق باشند. حتی در غیاب اختلال یادگیری خاص، عملکرد تحصیلی یا شغلی اغلب معیوب است. رفتار بی توجهی یا انواع فرایندهای شناختی اساسی ارتباط دارد و افراد مبتلا به ADHD ممکن است در آزمون های توجه، عملکرد اجرایی، یا حافظه مشکلاتی را نشان دهند، هر چند که این به قدر کافی حساس یا اختصاصی نیستند که وظیفه شاخص های تشخیصی را داشته باشند. در اوایل بزرگسالی، ADHD با خطر بیشتر اقدام به خودکشی، عمدتاً که با اختلالات خلقی، سلوک، یا مصرف مواد همزمان باشد، ارتباط دارد. هیچ شاخص زیستی برای ADHD تشخیصی نیست. کودکان مبتلا به ADHD به عنوان یک گروه بدر مقایسه با همسالان، در برق نگاره های مغز، امواج بیشتر، در تصویر برداری روزنانس مغناطیسی MRI کاهش اندازه کلی مغز، و احتمالاً تأخیر در رسش قشری خلفی و قدامی نشان میدهند، اما این یافته ها تشخیصی نیستند. در موارد نامعمول که علت ژنتیکی شناخته شده وجود دارد (مثل نشانگان X شکننده، نشانگان حذف 22q11)، وجود ADHD باز هم باید تشخیص داده شود.

❖ ملاک های تشخیصی

- A. الگوی مداوم بی توجهی و / یا بیش فعالی - تکانشگری که در عملکرد یا رشد اختلال ایجاد می کند، به صورتی که با (۱) و / یا (۲) مشخص می شود:**
- بی توجهی:** شش نشانه زیر (یا تعداد بیشتر) دست کم به مدت ۶ ماه تا حدی ادامه می یابند که با سطح رشد ناهماهنگ هستند و بر فعالیت های اجتماعی و تحصیلی / شغلی تأثیر منفی می گذارند.
 - توجه: نشانه ها صرفاً جلوه رفتار نافرمانی، لجبازی، خصومت، یا ناتوانی در درک کردن تکالیف یا دستورالعمل ها نیستند. برای نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان (۱۷ ساله و بالاتر) حداقل ۵ نشانه ضروری است.
 - a. اغلب نمی تواند به جزئیات توجه دقیق کند یا در تکالیف درسی، در محل کار، یا هنگام فعالیت های دیگر اشتباهات بی دقت می کند (مثلاً جزئیات را نادیده می گیرد یا از دست می دهد، کار بی دقت است).
 - b. اغلب در حفظ کردن توجه در تکالیف یا فعالیت های بازی مشکل دارد (مثلاً در متمرکز ماندن هنگام سخنرانی ها، گفتگوها ای روخوانی طولانی مشکل دارد).
 - c. اغلب به نظر می رسد که وقتی مستقیماً با او صحبت می شود گوش نمی دهد (مثلاً به نظر می رسد که ذهن جای دیگر است، حتی در غیاب هر گونه حواسپرتی واضح).
 - d. اغلب، دستورالعمل ها را دنبال نمی کند و نمی تواند تکالیف درسی، کارهای عادی و روزمره یا وظایف را در محل کار کامل کند (مثلاً تکالیف را شروع می کند اما به سرعت تمرکز خود را از دست می دهد و به راحتی از موضوع منحرف می شود).
 - e. اغلب در سازمان دادن به تکالیف و فعالیت ها مشکل دارد (مثلاً به سختی می تواند تکالیف پشت سر هم را مدیریت کند؛ به سختی می تواند لوازم و متعلقات را منظم نگه دارد؛ کار، آشفتگی و نامنظم است؛ مدیریت زمان نامناسب در؛ نمی تواند موعدها را برآورده کند).
 - f. اغلب از پرداختن به تکالیفی که به تلاش ذهنی مداوم نیاز دارند اجتناب می کند، از آنها بیزار است، یا مایل به انجام دادن آنها نیست (مثل تکالیف درسی یا تکالیف خانگی)؛ در مورد نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان، آماده کردن گزارش ها، پر کردن فرم ها، بازبینی مقالات طولانی).
 - g. اغلب لوازم لازم برای تکالیف و فعالیت ها را گم می کند (مثل لوازم مدرسه، مدادها، کتاب ها، ابزارها، کیف ها، کلیدها، دفترچه، عینک، تلفن های موبایل).
 - h. اغلب به وسیله محرک های نامربوط به راحتی حواسپرت می شود (در مورد نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان، می تواند افکار نامربوط باشد).
 - i. اغلب در فعالیت های روزمره فراموشکار است (مثل انجام دادن کارهای روزمره، بی فرمان کسی رفتن، در مورد نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان، جواب دادن به تلفن، پرداختن صورت حساب ها، سر قرار حاضر شدن).

۲. **بیش فعالی و تکانشگری**: شش نشانه زیر (یا تعداد بیشتر) دست کم به مدت ۶ ماه تا حدی ادامه می یابند که با سطح رشد ناهماهنگ هستند و بر فعالیت های اجتماعی و تحصیلی / شغلی مستقیماً تأثیر منفی می گذارند.
- توجه: نشانه ها صرفاً جلوه رفتار نافرمانی، لجبازی، خصومت، یا ناتوانی در درک کردن تکالیف یا دستورالعمل ها نیستند. برای نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان (۱۷ ساله و بالاتر) حداقل ۵ نشانه ضروری است.
- اغلب دست ها و پاها بی قراند و در صندلی خود وول می خورد.
 - در موقعیت هایی که نشسته ماندن انتظار می رود، اغلب صندلی خود را ترک می کند (مثلاً محل خود را در کلاس، اداره یا محل کار دیگر یا موقعیت های دیگری که باقی ماندن در محل ضرورت دارد، ترک می کند).
 - اغلب در موقعیت های نامناسب، می دود یا از چیزها بالا می رود. (توجه: در نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان، ممکن است به احساس بی قراری محدود باشد)
 - اغلب نمی تواند ساکت بازی کند یا به فعالیت های ادقات فراغت بپردازد.
 - اغلب "در حال جنب و جوش" است، طوری عمل می کند گویی "موتوری او را به حرکت وا می دارد" (مثلاً نمی تواند برای یمدت طولانی آرامش یا از آرام بودن ناراحت است، مثل زمانی که در رستوران یا جلسات است، ممکن است دیگران احساس کنند که او بی قرار است یا به سختی می توان پا به پای او رفت).
 - اغلب پیش از اندازه صحبت می کند.
 - اغلب قبل از اینکه سوالی کامل شده باشد پاسخ را از دهان می پراند (مثلاً جملات افراد را کامل میکند؛ نمی تواند در گفتگو منتظر نوبت بماند).
 - اغلب منتظر نوبت ماندن برایش دشوار است (مثل زمانی که در صف منتظر است).
 - اغلب مزاحم دیگران می شود (برای مثال، وسط گفتگوها، بازی ها، فعالیت ها می پرد؛ ممکن است از لوازم دیگران بدون اجازه گرفتن استفاده کند؛ در مورد نوجوانان بزرگتر و بزرگسالان، ممکن است مزاحم کار دیگران شود).
- B.** چند نشانه بی توجهی یا بیش فعالی - تکانشگری قبل از ۱۲ سالگی وجود دارد.
- C.** چند نشانه بی توجهی یا بیش فعالی - تکانشگری در دو موقعیت یا بیشتر وجود دارد (مثلاً در خانه، مدرسه، یا محل کار؛ با دوستان یا خویشاوندان، در فعالیت های دیگر).
- D.** دلیل روشنی وجود دارد مبنی بر اینکه نشانه ها در عملکرد اجتماعی، تحصیلی، یا شغلی اختلال ایجاد می کنند یا کیفیت آن را کاهش می دهند.
- E.** نشانه ها منحصراً در طول دوره اسکیزوفرنی یا اختلال روان پریشی دیگر روی نمی دهند و اختلال روانی دیگری (مثل اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال تجزیه ای، اختلال شخصیت، مسمومیت یا ترک مواد) آنها را بهتر توجیه نمی کند.
- مشخص کنید آیا:
- جلوه مرکب**: اگر ملاک ۱A (بی توجهی) و ملاک ۲A (بیش فعالی - تکانشی) ظرف ۶ ماه گذشته برآورده شده باشد.
- عمداً جلوه بی توجهی**: اگر ملاک ۱A (بی توجهی) برآورده شده باشد ولی ملاک ۲A (بیش فعالی - تکانشی) ظرف ۶ ماه گذشته برآورده نشده باشد.
- عمداً جلوه بیش فعالی - تکانشی**: اگر ملاک ۲A (بیش فعالی - تکانشی) برآورده شده باشد ولی ملاک ۱A (بی توجهی) ظرف ۶ ماه گذشته برآورده نشده باشد.
- مشخص کنید اگر:
- در حالت بهبود نسبی:
- خفیف**: تعداد کمی از نشانه ها بیش از آن باشند که برای تشخیص دادن لازم است، و نشانه ها فقط اختلال جزئی در عملکرد اجتماعی یا شغلی ایجاد می کنند.
- متوسط**: نشانه ها یا اختلال کارکردی بین "خفیف" و "شدید" وجود داشته باشند.
- شدید**: تعداد نشانه ها بیش از آن باشد که برای تشخیص دادن لازم است، یا چند نشانه که خیلی شدید هستند، وجود دارند، یا نشانه ها به اختلال محسوس در عملکرد اجتماعی یا شغلی منجر می شوند.

❖ شیوع

زمینه یابی های جمعیتی حکایت دارند که ADHD در اغلب فرهنگ ها تقریباً در ۵ درصد کودکان و ۲/۵ درصد بزرگسالان روی می دهد.

❖ شکل گیری و روند

خیلی از والدین، هنگامی که کودک نوباست، اولین فعالیت حرکتی مفرط را مشاهده می کنند، اما متمایز کردن نشانه ها از رفتارهای هنجاری بسیار متغیر قبل از ۴ سالگی، دشوار است. ADHD اغلب در طول سال های مدرسه ابتدایی تشخیص داده می شود، و بی توجهی برجسته تر و معیوب تر می شود. این اختلال در طول اوایل بزرگسالی نسبتاً پایدار است، اما برخی افراد روندی بدتر همراه با پرورش رفتارهای ضداجتماعی دارند. در اغلب افراد مبتلا به ADHD، نشانه های بیش فعالی حرکتی در نوجوانی و بزرگسالی کمتر واضح می شوند، اما مشکلات در رابطه با بی قراری، بی توجهی، برنامه ریزی نامناسب، و تکانشگری ادامه می یابند. درصد قابل ملاحظه ای از کودکان مبتلا به ADHD تا بزرگسالی نسبتاً معیوب می مانند. در سال های **پیش دبستانی**، جلوه اصلی، **بیش فعالی** است. **بی توجهی** در طول مدرسه ابتدایی برجسته تر می شود. **در طول نوجوانی**، علائم **بیش فعالی** (مثل دویدن و بالا و پایین رفتن) کمتر شایع هستند و ممکن است به **وول خوردن یا احساس درونی عصبیت، بی قراری، یا ناشکیبایی محدود باشد**. **در بزرگسالی تکانشگری همراه با بی توجهی و بی قراری ممکن است مشکل آفرین بمانند، حتی در صورتی که بیش فعالی کاهش یافته باشد.**

❖ موضوعات تشخیصی مرتبط با فرهنگ

عمداً ناشی از **روش های تشخیصی و روش شناختی** باشند. باین حال، شاید در نگرش ها نسبت به رفتارهای کودکان یا تعبیرهای آن، تفاوت فرهنگی نیز وجود داشته باشد. ارزیابی های نشانه توسط منبع خبر می تواند تحت تأثیر گروه فرهنگی کودک و منبع خبر قرار داشته باشند، بدین معنی که رسوم فرهنگی مناسب، در ارزیابی ADHD مربوط هستند.

❖ موضوعات تشخیصی مرتبط با جنسیت

در **پسر ها** شایع تر از دخترهاست، طوری که میزان آن در کودکان تقریباً ۲:۱ و در بزرگسالان ۱:۱ است. **دختر ها** بیشتر از پسرها احتمال دارد که عمداً ویژگی های بی توجهی را نشان می دهند.

❖ پیامدهای کارکردی اختلال کاستی توجه / بیش فعالی

ADHD با کاهش عملکرد تحصیلی و پیشرفت تحصیلی، طرد اجتماعی، و در بزرگسالان؛ با عملکرد، پیشرفت، و حضور شغلی ضعیف تر، احتمال بالاتر بیکاری و تعارض میان فردی بالا ارتباط دارد. کودکان مبتلا به ADHD خیلی بیشتر از همسالان بدون ADHD خود احتمال دارد در نوجوانی به اختلال سلوک و در بزرگسالی به اختلال شخصیت مبتلا شوند، در نتیجه احتمال مصرف مواد و حبس، افزایش می یابد. خطر اختلال مصرف مواد در آینده بالاست، مخصوصاً در صورتی که اختلال سلوک یا اختلال شخصیت ضداجتماعی پرورش یافته است. افراد مبتلا به ADHD بیشتر از همسالان احتمال دارد که صدمه ببینند. تصادفات و تخلفات رانندگی در رانندگان مبتلا به ADHD شایع ترند. احتمال وجود چاقی در افراد

مبتلا به ADHD زیاد است. انجام دادن نامناسب یا متغیر تکالیفی که نیازمند تلاش مستمر هستند اغلب توسط دیگران به صورت تنبلی، بی مسئولیتی، یا عدم همکاری تعبیر می شود. روابط خانوادگی می تواند با اختلاف و تعامل های منفی توصیف شود. روابط با همسالان اغلب به خاطر طرد همسالان یا دست انداختن فرد مبتلا به ADHD مختل می شود. افراد مبتلا به ADHD به طور متوسط تحصیلات کمتر، پیشرفت شغلی ضعیف تر، و نمرات هوش پایین تر از همسالان خود دارند، هر چه که در این زمینه ها تغییر پذیری زیاد وجود دارد. این اختلال در حالت شدید، به طور محسوس مختل کننده است، و بر سازگاری اجتماعی، خانوادگی، تحصیلی / شغلی تاثیر می گذارند. کمبودهای تحصیلی، مشکلات مرتبط با مدرسه، و بی توجهی همسالان با نشانه های برجسته بی توجهی ارتباط زیاد دارند، در حالی که طرد همسالان و به درجات کمتر، صدمه ناشی از تصادف، در رابطه با نشانه های برجسته بیش فعالی یا نکانشگری، محسوس ترند.

❖ عوامل خطر و پیش آگهی

خلق و خو

ADHD با کاهش بازداری رفتاری، کنترل پرزحمت، یا محدودیت؛ تهییج پذیری منفی، و/یا تازگی طلبی بالا ارتباط دارد. این صفات می تواند برخی از کودکان را برای ADHD آماده کند، ولی منحصر به این اختلال نیستند.

محیطی

وزن خیلی کم به هنگام تولد (۱۵۰۰ گرم) خطر دو یا سه برابر را برای ADHD می رساند، اما اغلب کودکانی که وزن کم به هنگام تولد دارند دچار ADHD نمی شوند. گرچه ADHD با سیگار کشیدن در طول حاملگی همبستگی دارد اما مقداری از این ارتباط، بیانگر خطر ژنتیکی متداول است. موارد کمی ممکن است با واکنش به جنبه هایی از رژیم غذایی ارتباط داشته باشند. امکان دارد که پیشینه بهره کشی از کودک، غفلت، جا دادن های پرورشی متعدد، مواجهه با سم عصبی (مثل سرب)، عفونت ها (مثل التهاب مغزی)، یا مواجهه با الکل در رحم وجود داشته باشد.

ژنتیکی و فیزیولوژیکی

ADHD در خویشاوندان نیز درجه یک افراد مبتلا به ADHD بالاتر است. ADHD با ویژگی های جسمانی خاص ارتباط ندارد، هر چند که میزان ناپهنجاری های جسمانی جزئی (مثل افزایش فاصله دوعضو بدن، کام بسیار قوس دار، گوش های پایین قرار گرفته) ممکن است نسبتا بالا باشد.

تعدیل کننده های روند

الگوهای تعامل خانواده در اوایل کودکی بعید است که موجب ADHD شوند، ولی می توانند بر روند آن تاثیر بگذارند یا به پرورش جانبی مشکلات سلوک کمک کنند.

❖ سبب شناسی

- علل احتمالی عبارتند از صدمه حوالی زایمان، و عوامل ژنتیک و روانی - اجتماعی.
- شواهد کژکاری نورادرترژیک و دوپامینرژیک در سیستم های عصبی رسانه ای.
- کاهش خونرسانی لوب پیشانی و کاهش متابولیسم لوب پیشانی نیز گزارش شده است.
- علایم عصبی جزئی در کودکان مبتلا به ADHD بالاتر از جمعیت عادی است.

❖ تشخیص افتراقی

اختلال لجبازی و نافرمانی: ممکن است در برابر کار یا تکالیف درسی که نیازمند اجرای شخصی هستند مقاومت کند، زیرا آنها در برابر پیروی کردن از در خواست های دیگران مقاومت نشان می دهند. رفتار آنها با منفی گرایی، خصومت، و سرپیچی مشخص می شود. این نشانه ها باید از بیزاری رفتن به مدرسه یا تکالیف ذهنی دشوار به خاطر مشکل حفظ کردن تلاش ذهنی مستمر، فراموش کردن دستور العمل ها، و تکانشگری در افراد مبتلا به ADHD متمایز شوند. این واقعیت که برخی افراد مبتلا به ADHD ممکن است نگرش های نافرمانی جانبی را نسبت به این گونه تکالیف پرورش دهند و اهمیت آنها را دست کم بگیرند، تشخیص افتراقی را پیچیده می کند.

اختلال انفجاری متناوب: این افراد پرخاشگری جدی به دیگران نشان می دهند که مشخصه ADHD نیست و آنها مشکلات مربوط به حفظ کردن توجه را که در ADHD دیده می شوند، ندارد. این اختلال در کودکی نادر است. این اختلال می تواند با وجود ADHD تشخیص داده شود.

اختلالات عصبی - رشدی دیگر: فعالیت حرکتی زیاد که می تواند در ADHD روی دهد باید از رفتار حرکتی تکراری که اختلال حرکت قالبی و برخی موارد اختلال طیف اوتیسم را توصیف م یکنند، متمایز شود. در اختلال حرکت قالبی، رفتار حرکتی عموما ثابت و تکراری است (مثل تکان دادن بدن، گاز گرفتن خود)، در حالی که وول خوردن و ب یقراری در ADHD معمولا فراگیر هستند و با حرکات قالبی تکراری مشخص نمی شوند. در اختلال توره تیک های متعدد مکرر می توانند با وول خوردن و آرام نگرفتن فراگیر ADHD اشتباه گرفته شوند. برا یتمايز کردن وول خوردن از تیک های متعدد، ممکن است مشاهده طولانی لازم باشد.

اختلال یادگیری خاص: ممکن به خاطر ناکامی، بی علاقتی، یا توانایی محدود، ب یتوجه به نظر برسند. با این حال، ب یتوجهی در افراد مبتلا به این اختلال که ADHD ندارند، خارج از کار تحصیلی، مختل کننده نیست.

ناتوانی عقلانی (اختلال عقلانی رشدی): نشانه های ADHD در کودکانی که در محیط های تحصیلی گذاشته میشوند که با توانایی عقلانی آنها مناسب نیستند، رایج است. نشانه ها در مدت تکالیف غیر تحصیلی وجود ندارد. تشخیص ADHD در ناتوانی عقلانی ایجاب می کند که بی توجهی یا بیش فعالی بیش از سن عقلی باشند.

اختلال طیف اوتیسم: این کودکان ممکن است به دلیل ناتوانی در تحمل کردن تغییر ناشی از روند رویدادهای مورد انتظارشان، قشقرق راه بیندازند. در مقابل، کودکان مبتلا به ADHD ممکن است در طول انتقال عمده، به دلیل تکانشگری یا خویشانداری ضعیف، بدرفتاری کنند یا قشقرق داشته باشند.

اختلال دلبستگی واکنشی: ممکن است بازداری زدایی اجتماعی نشان دهند. نشانه های کامل ADHD را نشان ندهند، و ویژگی های دیگری نظیر فقدان روابط بادوام را آشکار سازند که مخصوص ADHD نیستند.

اختلالات اضطرابی: با ADHD سهیم است. افراد مبتلا به ADHD به دلیل مجذوب محرک های بیرونی، فعالیت های جدید، یا د لمشغولی به فعالیت های لذت بخش می شوند، بی توجه هستند. این بار بی توجهی ناشی از نگرانی و نشخوار که در اختلالات اضطرابی دیده میشود، تفاوت دارد. امکان دارد که بی قراری در اختلالات اضطرابی دیده شود. اما در ADHD، این نشانه با نگرانی و نشخوار ارتباط ندارد.

اختلالات افسردگی: امکان دارد این افراد ناتوانی در تمرکز کردن نشان دهند. اما تمرکز ضعیف در اختلالات خلقی فقط در طول دوره افسردگی برجسته می شوند.

اختلال دوقطبی: ممکن است افزایش فعالیت، تمرکز ضعیف، و افزایش تکانشگری داشته باشند، اما این ویژگی های دوره ای هستند، هر با ربه مدت چند روز روی می دهند. افزایش تکانشگری و ب یتوجهی با خلق بالا، خود بزرگ بینی، در این اختلال همراه است. کودکان مبتلا به ADHD ممکن است در طول یک روز، تغییرات قابل توجهی را در خلق نشان دهند؛ این تغییر پذیری با دوره مانیک تفاوت دارد، که باید ۴ روز یا بیشتر ادامه داشته باشد تا شاخص بالینی اختلال دوقطبی باشد. حتی در کودکان. این اختلال در کودکان پیش دبستانی نادر است، حتی زمانی تحریک پذیری شدید و خشم برجسته باشند، در حالی که ADHD در بین کودکان و نوجوانانی که خشم و تحریک پذیری بیش از اندازه نشان می دهند، شایع است.

اختلال بی نظمی خلق اخلاکگر: با تحریک پذیری مداوم، و عدم تحمل ناکامی مشخص می شود، اما تکانشگری و توجه آشفته، ویژگی های اصلی نیستند. با این حال، اغلب کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال نشانه هایی دارند که ملاک های ADHD را نیز برآورده می کنند، که به طور جداگانه تشخیص داده می شود.

اختلالات مصرف مواد: متمایز کردن ADHD از این اختلال در صورتی می تواند مشکل افزین باشد که اولین جلوه نشانه های ADHD به دنبال شروع سوء مصرف یا مصرف مکرر روی دهد.

اختلالات شخصیت: به مشاهده بالینی طولانی، مصاحبه با منبع خبر، یا سابقه مشروح، نیاز دارد.

اختلالات روان پریشی: اگر مشانه های بی توجهی و بیش فعالی منحصر در طول دوره اختلال روان پریشی روی دهند، ADHD تشخیص داده نمی شود. نشانه های ADHD ناشی از دارو:

اختلالات عصبی - شناختی: بوسیله شروع دیر هنگام شان از ADHD متمایز شده اند.

❖ نظریه ها و درمان

نظریه ADHD بار کلی با متصل کردن ناپهنجاری های زیستی و مشکلات رفتاری در ADHD اعلام میدارد که اختلال اصلی، ناتوانی در جلوگیری کردن از پاسخها به علت ناپهنجاری هایی در قشر پیش پیشانی و اتصالات آن با قسمت های دیگر مغز است. اختلال در جلوگیری از پاسخ، خود را در چهار زمینه عملکرد آشکار می سازد: ۱- حافظه کوتاه مدت. ۲- درونی کردن گفتار معطوف به خود. ۳- تنظیم کردن عاطفه، انگیزش، و سطح برانگیختگی. ۴- بازسازی - توانایی تقسیم کردن رفتارهای مشاهده شده به قسمتهای تشکیل دهنده که می توانند به صورت رفتارهای جدیدی که به سمت هدف هدایت شده اند، دوباره ترکیب شوند. علاوه بر این بار کلی، کودکان مبتلا به ADHD نمی توانند آینده نگری و خودپنداره را در طول زمان پرورش دهند.

تأثیرات اجتماعی - فرهنگی در تشدید تصویر نشانه ADHD نقش دارند. خیلی از کودکان مبتلا به ADHD در محیط خانوادگی آشفته و بی منظم بزرگ شده اند و تجربیات شکست در مدرسه داشته اند. با این حال، رفتار اخلاکگر کودک ممکن است به مشکلات خانوادگی و تحصیلی کمک بیشتری کرده باشد. بزرگ کردن کودک مبتلا به ADHD سخت تر از کودک بدون ADHD است و این فشار روی خانواده می تواند به آشفته گی های خانوادگی منجر شود. همچنین، تجربیات شکست کودک در مدرسه ممکن است به جای علت، پیامد اختلالات بی توجهی باشند.

زمانی که افراد مبتلا به ADHD به بزرگسالی می رسند، به قدری ناکامی های متعدد در زندگی، مخصوصا در روابط، تجربه کرده اند که گرفتار حلقه معیوب کژکاری می شوند. خود ماهیت اختلال آنها باعث می شود که در ارتباط برقرار کردن با دیگران مشکل داشته باشند، حتی با کسانی که خیلی صمیمی هستند. همسران عصبی می شوند و ممکن است رابطه را رها کنند و باعث شوند که فرد مبتلا به ADHD افسرده تر شود و به سمت رفتارهای انرژي دادن به خود در نهایت ثابت می شود مخرب هستند، تمایل پیدا کنند.

درمان دارویی

داروهایی که تأثیر چشمگیر و خطرناک انداکی دارند عبارتند از محرکهای CNS مثل متیل فنیدیت (Ritalin SR, Ritalin, Concerta, Metadate CD, Metadate ER) و دکستروآمفتامین و ترکیبات نمکی آمفتامین (Adderall, Aderrall XR). به تازگی یک پیش داروی آمفتامینی به نام لیزدگزآمفتامین (Vyvanse) برای مصرف روزانه یک بار مورد تایید قرار گرفته است. سازمان غذا و دارو (FDA) استفاده از چسب های دی تراناک (که ماده فعالشان متیل فنیدیت است) را برای درمان ADHD در کودکان ۱۲ - ۶ ساله تایید کرده است، انواع مختلف این چسب ها قادرند در عرض ۹ ساعت در هر روز، مقدار ۳۰، ۲۰ و ۱۵ میلی گرم دارو آزاد کنند.

دارو های خط دوم شامل ضدافسردگی هایی نظیر بوپروپیون (Wellbutrin, Wellbutrin XR)، نلافاکسین (Effexor, Effexor XR)، آنتا گونیستهای گیرنده α -آدرنرژیک مثل کلونیدین (Catapres) و گلوآنافاسین (Tenex) می باشند.

آتوموکستین (Strattera) که مهارکننده ی بازجذب نوراپی نفرین است نیز استفاده می شود.

برخی راهبردها را در خانواده های کودکان ADHD (در حیطه غیر دارویی)

۱. آموزش روانی نقطه شروع است، زیرا هر چه افراد مبتلا به ADHD در مورد اختلال خود و نحوه ای که بر آنها تأثیر می گذارد بیشتر بدانند، بهتر می توانند تأثیر این اختلال را بر عملکرد روزمره خود درک کنند و راهبردهای مقابله کردن را پرورش دهند. در صورتی که فرد این اختلال را به صورت قابل ثمران برداشت کند و انتظار داشته باشد که وقتی ایجاد تغییرات را شروع کند، زندگی بهتر خواهد شد، آموزش روانی امید و خوشبینی القا می مند.

۲. درمان های روانشناختی مانند درمان فردی، زمینه ای فراهم خواهد کرد که در آنها، متخصصان بالینی همراه با درمانجویان می توانند هدفهای درمان را تعیین کنند، تعارض ها را حل کنند، مشکلات را بر طرف کنند، انتقال های زندگی را مدیریت کنند، و مشکلات همزمان مانند افسردگی و اضطراب را درمان کنند. روش های خاص، مانند راهبردهای شناختی - رفتاری می توانند به درمانجویان کمک کنند رفتار و الگوهای فکر ناسازگارانه را که در عملکرد روزانه اختلال ایجاد می کنند، تغییر دهند. الگوهای فکر ناسازگارانه در نتیجه پیام های منفی مکرر از جانب معلمان، والدین و همسالان معمولاً تجکیم می شوند.

۳. آموزش جبران رفتاری و مدیریت شخصی، با وارد کردن ساختار بیشتر و نظم در زندگی فرد، فرصتی را برای پرورش دادن مهارت ها تامین می کند.

۴. درمان روانشناختی دیگر، مانند مشاوره زناشوی، خانواده درمانی، مشاوره شغلی، گروه درمانی و برنامه ریزی کالج نیز فرصت هایی را برای ارزیابی شیوه های مختلفی که نشانه های ADHD بر تصمیمات زندگی و افرادی که فرد با آنها تعامل م یکنند، تأثیر می گذارند، فراهم می آورند.

۵. مریبگری، مداخله ای که اخیراً ابداع شده، مشورت کردن با متخصصی را شامل می شود که می تواند به فرد مبتلا به ADHD کمک کند بر اجرای عملی هدف ها تمرکز نماید. بعبارت دیگر، مربی به فرد کمک می کند از طریق روش های عملی، رفتاری و نتیجه گرا، راه هایی را برای تحقق بخشیدن به کارها پیدا کند.

۶. تکنولوژی (مثل برنامه های کامپیوتری یا دستیارهای رقمی شخصی [PDAS]) می تواند به افراد مبتلا به ADHD کمک کند به ابزارها و وسایلی دست یابند که به آنها کمک کنند به صورت موثری ارتباط برقرار نمایند، بنویسند، هجی کنند، منظم بمانند، اطلاعات را به یاد آورند، طبق برنامه عمل نمایند و حساب زملن را نگه دارند.

۷. همسازی های مدرسه و محیط کار می توانند با آوری را تسهیل کرده و حواسپرتی را به حداقل برسانند. دانش آموزان با کارمندان مبتلا به ADHD در محیط های ساکت و بدون حواسپرتی معمولاً بهتر کار می کنند.

۸. طرفداری، مخصوصاً به طرفداری از خویشتن، در موفق شدن خیلی اهمیت دارند.

درمانگری که با کودک کار میکند می تواند برای ترغیب کودک به تنظیم رفتارهایی مانند تمرکز روی تکلیف، به تعویق انداختن ارضا، حفظ کردن انگیزش شخصی، و زیر نظر گرفتن پیشرفت به سمت هدف ها، از تقویت کردن خود استفاده کند. عقیده ای که در رویکرد رفتاری نهفته است این است که اعضای خانواده باید یاد بگیرند از روش های رفتاری استفاده کنند و خود را در یاری رساندن به کودک برای کاهش دادن رفتارهای اخلاکگر در گیر کنند. هماهنگ کردن این اقدامات با مداخله توسط معلمان، به کودک کمک خواهد کرد تا خویشتناری بیشتری کسب کند.

منابع:

- انجمن روانپزشکی آمریکا/راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM 5 / مترجم: سید محمدی، یحیی/نشر روان. ۱۳۹۳
- کاپلان و سادوک/ دستنامه روان پزشکی بالینی/ مترجمان: دکتر جلیلی، سید احمد. دکتر ارجمند، محسن. دکتر رضاعی، فرزین. دکتر فغانی جدیدی، نادیا/ انتشارات ارجمند. ۱۳۹۲
- گنجی، مهدی / آسیب شناسی روانی بر اساس DSM 5 جلد ۲/ نشر ساوالان. ۱۳۹۲
- هالچین، ریچارد بی/ ویتبورن، سوزان کراس. مترجم: سید محمدی، یحیی/ آسیب شناسی روانی - دیدگاه های بالینی درباره اختلالات روانی بر اساس DSM 5 جلد ۱/نشر روان. ۱۳۹۳