

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

اختلال کم توجهی - بیش فعالی

مهديه فياض بخش
دوره دکتری تخصصی روان شناسی

ملاک های تشخیصی :

A: الگوی مداوم بی توجهی و /یا بیش فعالی – تکانشگری که با کارکرد یا رشد فرد تداخل داشته باشد که با ۱ و یا ۲ مشخص میشود :

۱. **بی توجهی :** حداقل ۶ مورد از علائم زیر دست کم ۶ ماه طول کشیده و شدت آنها به حدی است که با سطح رشد ناهماهنگ است و روی فعالیت های اجتماعی . شغلی / تحصیلی فرد تاثیر مستقیم منفی گذاشته باشد .

توجه : علائم صرفا بازتاب یک رفتار مقابله ای و نافرمانی و مخالفت جویی یا عدم درک وظایف محوله یا دستورات داده شده نیست . در نوجوانان و بزرگسالان سن ۱۷ سال به بالا وجود حداقل ۵ علامت زیر ضروری است .

a اغلب قادر نیست به جزئیات توجه دقیق داشته باشد و در تکالیف تحصیلی و شغلی و یا سایر فعالیت ها خطاهایی ناشی از بی توجهی از وی سر می زند (مانند نادیده گرفتن یا عدم توجه به جزئیات و عدم انجام صحیح کار)

b اغلب در حفظ توجه بر روی تکالیف یا فعالیت های مربوط به بازی ها مشکل دارد (مثلا مشکل حفظ تمرکز در حین سخنرانی و مکالمات و یا مطالعه طولانی)

c اغلب وقتی مستقیماً با او صحبت می شود به نظر می رسد گوش نمی دهد (مثلاً به نظر می رسد حواسش جای دیگری است و حتی در هنگامی که هیچ عامل حواس پرتی در کار نیست .)

d اغلب دستورالعمل ها را دنبال نمی کند و قادر نیست تکالیف مدرسه و مسئولیت ها یا وظایف شغلی اش را به پایان برساند (مثلاً کار ها را شروع میکند ولی به سرعت تمرکزش را از دست می دهد و نیمه کاره رها میکند)

e اغلب در ساماندهی کارها و فعالیت هایش مشکل دارد (برای مثال : مشکل در مدیریت تکالیف متوالی و مشکل در نگه داری منظم اشیاء و متعلقات شخصی و بی نظمی در کار ها و مدیریت زمانی ضعیف وعدم انجام امور در موعد مقرر)

f اغلب از تکالیفی که نیازمند فعالیت ذهنی مستمر است دوری می کند و نفرت دارد و یا نسبت به انجام انها بی میل است (مانند کارهای مدرسه یا کار های منزل . در نوجوانان و بزرگسالان تهیه ی گزارش و تکمیل فرم و مرور مقالات طولانی)

g اغلب وسایل لازم برای انجام تکالیف یا فعالیت ها را گم میکند (مانند وسایل مدرسه و مداد و کتاب و کلید و کاغذ یادداشت و عینک و تلفن همراه) .

h با محرک های خارجی به راحتی حواسش پرت می شود (در نوجوانان بزرگتر و بالغان می تواند شامل افکار غیر مرتبط هم باشد) .

افراموشکاری در انجام کارهای روزمره (مانند انجام کار های منزل و پیغام رساندن و در نوجوانان بزرگ تر و بزرگسالان جواب تلفن دادن و پرداخت قبوض و سر قرار حاضر شدن) .

۲. **بیش فعالی و تکانشگری** : حداقل ۶ مورد از علائم زیر را به مدت حداقل ۶ ماه در حدی که با سطح رشدی فرد تطابق نداشته باشد و تداوم داشته و روی فعالیت های اجتماعی شغلی و تحصیلی وی تاثیر مستقیم منفی گذاشته باشد .

توجه : علائم موجود صرفا بازتاب یک رفتار مقابله ای و نافرمانی و مخالفت جویی یا عدم درک دستورات یا وظایف محوله نیست . در نوجوانان و بزرگسالان (سن ۱۷ به بالا) حداقل ۵ علامت کافی است .

a اغلب روی صندلی وول می خورد و با دست ها یا پاهایش ور می رود و یا آنها را تکان می دهد .

b اغلب در مواقعی که لازم است سر جای خود بنشیند صندلی را ترک میکند (مثلا سر کلاس و مطب و محل کار یا سایر مکان هایی که لازم است برای مدتی بنشیند)

c اغلب در مکان هایی که مناسبتی ندارد می دود یا از در و دیوار بالا می رود (توجه : در نوجوانان و بالغان می تواند محدود به حس بی قراری باشد)

d اغلب نمی تواند بی سر و صدا به بازی و سایر فعالیت های تفریحی بپردازد .

e اغلب در حال حرکت است و به نظر می رسد موتوری به حرکتش وا می دارد (مثلاً قادر نیست یک جا ثابت بماند و اگر مدتی طولانی در یک جا بماند احساس ناراحتی میکند . مثلاً در رستوران و ملاقات ها ممکن است دیگران احساس کنند بی قرار است و یا نوانند پا به پای وی بمانند)

f اغلب زیاد حرف می زند .

g اغلب قبل از پایان سوال جواب را میدهد (مثلاً جمله دیگران را تکمیل میکند و در مکالمات اجازه صحبت به طرف مقابل نمیدهد و مابین حرف هایش می پرد)

h اغلب قادر به انتظار کشیدن برای نوبت نیست . (مانند موقعی که در صف قرار دارد)

i اغلب وسط حرف دیگران می پرد و فعالیت شان را قطع می کند (مثلا وسط مکالمات و بازی ها یا کار ها داخل می شود و ممکن است از وسایل دیگران بدون اجازه استفاده نماید . ثر نوجوانان و بالغان ممکن است در کار دیگران مداخله کند و کار را از دستشان بگیرد)

Bچندین علامت بی توجهی یا بیش فعالی – تکانشگری قبل از سن ۱۲ سالگی دیده می شود

Cچندین علامت بی توجهی یا بیش فعالی – تکانشگری در بیش از یک موقعیت و محل دیده می شود (مثلا در منزل و مدرسه یا کار و با دوستان یا بستگان و یا سایر فعالیت ها)

D شواهد اشکاری وجود دارد که این علائم سبب تداخل یا افت کیفیت کارکرد اجتماعی و تحصیلی یا شغلی فرد شده اند .

Eعلائم منحصر در جریان اسکیزوفرنیا یا یک اختلال روان پریشی دیگر روی نداده و اختلال روانی دیگری آن را بهتر توجیه نمی کند (مانند اختلال خلقی و اختلال اضطرابی و اختلال تجزیه ای و اختلال شخصیت و مسمومیت یا ترک مواد)

- ما در مورد اختلال کم توجهی - بیش فعالی بین دو گروه از نشانه ها فرق میگذاریم .
- **گروه اول** : نشانه ها و مشکلات مربوط به توجه نداشتن
- **گروه دوم** : نشانه ها مربوط به بیش فعالی و تکانشگری
- اگر فرد هر دو را داشت می گوییم : فرد کم توجهی - بیش فعالی دارد .
- **انواع فرعی هم دارد** : نوع فرعی کم توجهی / نوع فرعی بیش فعالی -تکانشی
- اگر دو نوع را داشت می شود مرکب .

شیوع : طبق امار (منبع بارلو) پسر ها دو تا سه برابر دختر ها احتمال تشخیص دارند . گفتند که ممکن علائم به گونه ای تعریف شده که شامل پسر ها میشه . دختر ها دست به رفتار های درونی سازی می زنند یعن اضطراب و افسردگی بیشتری نشان می دهند و پسر ها برونی سازی بیشتری دارند

بروز و سیر

تا قبل از ۴ سالگی تشخیص علائم از اشکال بسیار متنوع طبیعی حرکتی کار سختی است .
بیش از همه در دوران ابتدایی تشخیص داده می شود .
تا اوایل نوجوانی سیر نسبتاً ثابتی دارد .
در اکثر افراد مبتلا علائم بیش فعالی حرمتی در نوجوانی و بزرگسالی کاهش می یابد .
علائم بی قراری و بی توجهی و برنامه ریزی ضعیف و تکانشگری ادامه پیدا می کند .

عوامل خطر ساز :

سرشتی	محیطی	ژنتیک و فیزیولوژیک	عوامل تغییر دهنده سیر بیماری
-------	-------	--------------------	------------------------------

ارتباط با افکار خودکشی

پیامد های کارکردی اختلال کم توجهی - بیش فعالی

با کاهش توانایی اجرایی در مدرسه و پیشرفت تحصیلی مرتبط است . ثبات شغلی ضعیفی دارند . تعاملات منفی و نزاع از مشخصات روابط خانوادگی این افراد است . احتمال آسیب و جراحت در این افراد بیش از افراد دیگر است .

تشخیص افتراقی :

اختلال نافرمانی مقابله جویانه . اختلال انفجاری متناوب . طیف اختلال در خودماندگی . اختلالات اضطرابی .
اختلالات افسردگی . اختلالات یادگیری خاص ..اختلال دو قطبی . اختلالات شخصیت . ناشی از دارو

هم ابتلایی :

درمان :

دارو درمانی و رفتار درمانی :

۶۰ تا ۸۰ درصد این کودکان به داروهای محرک پاسخ مثبت می دهند .

دارو های محرک به دو دسته تقسیم می شوند . شامل امفتامین هایی مثل مانند دگزدین . آدرال . ویوانس و ترکیبات متیل فنیدیت مانند ریتالین . متیلین . متادیت سی دی . دیترانا . و ...

درمان شناختی رفتاری : (راهبردها شناختی) (راهبرد های شناختی رفتاری)

آموزش مهارت های اجتماعی :

مداخله در سطح والدین :

بازی درمانی :

نکات مهم برای آزمون :

اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه (ADHD) یک اختلال نورورفتاری است که در دوران کودکی آغاز می‌شود، اما ممکن است . تا بزرگسالی ادامه پیدا کند . یا حتی برای اولین بار در بزرگسالی **تشخیص داده شود .

سه محور اصلی علائم ADHD:

بی‌توجهی

- * فراموشکاری، بی‌نظمی
- * جا گذاشتن وسایل
- * ناتوانی در تمرکز طولانی

تکانشگری

- * پریدن وسط حرف دیگران
- * خرید یا تصمیم‌گیری بدون فکر
- * خشم ناگهانی، عدم تحمل ناکامی. از کوره در رفتن

بیش‌فعالی

- ❖ بی‌قراری بدنی یا ذهنی
- ❖ پرحرفی
- ❖ احساس بی‌قراری در جلسات

ویژگی های ADHD در بزرگسالان:

- * **شروع علائم در کودکی است**، ولی گاهی تا بزرگسالی تشخیص داده نمی شود.
- * **بیش فعالی ممکن است با افزایش سن کاهش یابد**، اما **بی توجهی و تکانشگری باقی می ماند**.
- * بسیاری از مبتلایان در بزرگسالی دارای اختلالات همراه مانند:
 - * افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت مرزی
 - * مصرف مواد
 - * اختلال خواب هستند.

تشخیص ADHD بزرگسال:

ابزارهای تشخیصی:

- * شرح حال کامل از دوران کودکی
- * تست کانرز و IVA2
- * مصاحبه بالینی
- * بررسی عملکرد شغلی، تحصیلی، خانوادگی
- * اسکیزوفرنی: هذیان و توهم دارد (در ADHD نیست)
- * اختلال اضطرابی: تمرکز به دلیل نگرانی کاهش می یابد
- * وسواس: افکار تکراری و رفتار جبری دارد
- * اختلال یادگیری: مشکل خاص در مهارت مثل خواندن، نوشتن

افتراق از سایر اختلالات:

نورویبولوژی ADHD

- ** کاهش فعالیت دوپامین و نوراپی نفرین** در نواحی پیش پیشانی مغز (لوب فرونتال)
- * نقص در **مدارهای اجرایی** مغز (کنترل توجه، حافظه کاری، بازداری)

درمان های دارویی رایج در ADHD بزرگسال :

- ریتالین (Methylphenidate) محرک . تأثیر سریع، نیمه عمر کوتاه (۱-۴ ساعت)
- ویاس (Lisdexamfetamine) محرک . نیمه عمر طولانی تر
- آتوموکستین (Strattera) غیر محرک . مهارکننده بازجذب نوراپی نفرین، تأثیر آهسته تر
- بوپروپیون . ضد افسردگی . مفید در ADHD با افسردگی یا افراد سیگاری
- ملاتونین . مکمل خواب . برای اصلاح اختلالات خواب همراه

درمان های غیردارویی:

- * رفتاردرمانی شناختی (CBT)
- * آموزش مهارت های برنامه ریزی، مدیریت زمان، تمرکز
- * درمان مشکلات همراه (اضطراب، افسردگی، روابط بین فردی)
- * تنظیم خواب، تغذیه، کاهش کافئین، ورزش هوازی

نکات دارویی و بالینی مهم:

- * در **افراد سیگاری یا دارای افسردگی**، **بوپروپیون** می تواند مفیدتر از محرک ها باشد.
- * **فلوکستین و سیتالوپرام** داروهای ضدافسردگی اند؛ برای ADHD تأیید نشده اند، اما در درمان اختلالات همراه استفاده می شوند.
- * **سوءمصرف داروهای محرک** در برخی افراد محتمل است؛ کنترل نسخه مهم است.
- * آستانه تحریک در این بیماران **پایین** است؛ زود عصبانی می شوند.

آمار و شیوع:

- * حدود **۵٪ از بزرگسالان** ممکن است ADHD داشته باشند.
- * در **۶۰٪ موارد، علائم از کودکی تا بزرگسالی ادامه می یابد**.
- * **تشخیص کمتر داده می شود**، چون علائم در بزرگسالی تغییر شکل می دهند.