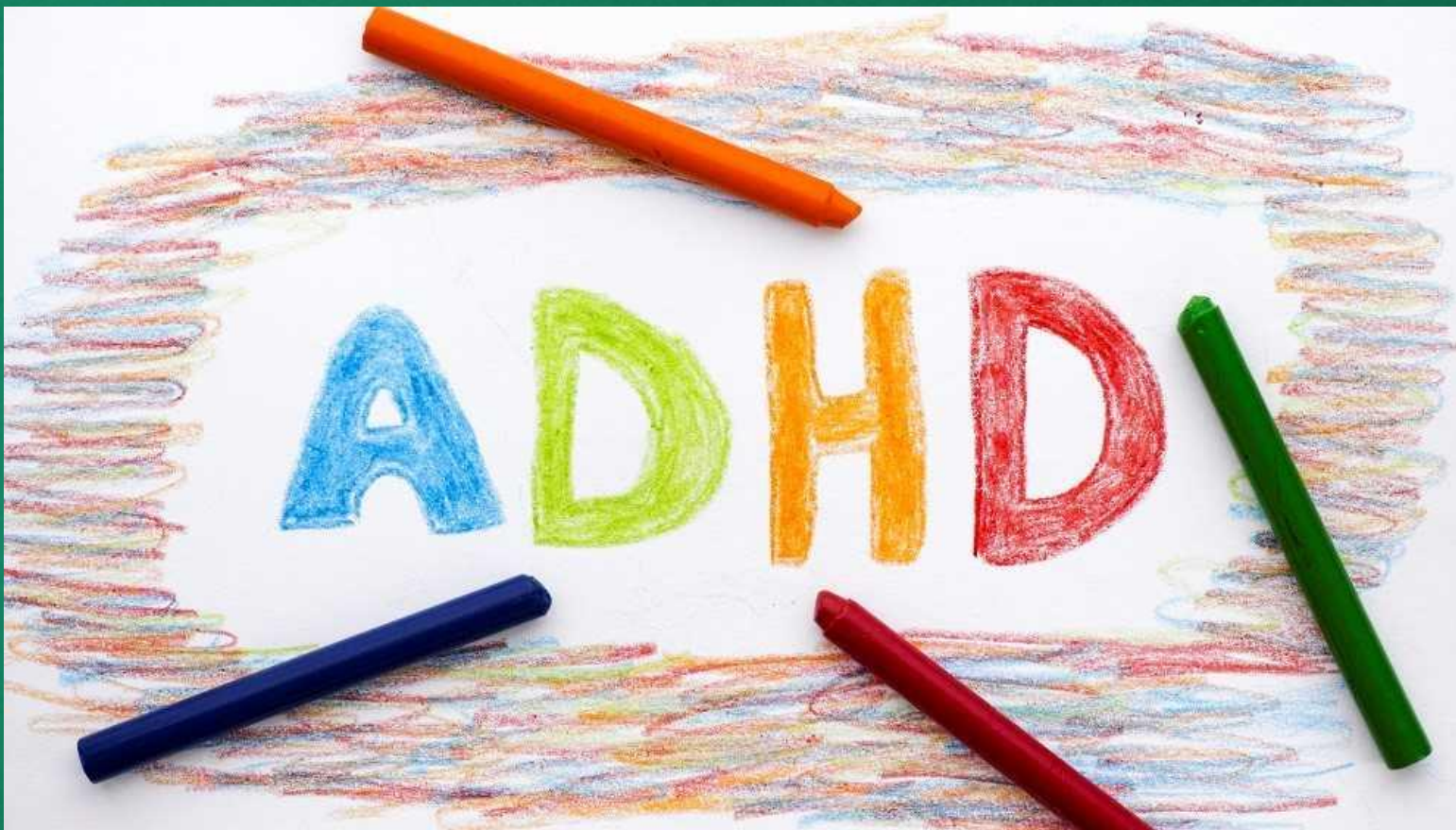




بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد لله الذي جعل القرآن الكريم
سورة الفاتحة



گردآوری : نسرين مومنی
تارا نوروزی یگانه

استاد : دکتر مریم اسلامی

اختلال کم توجهی - بیش فعالی یا ADHD چیست؟

اختلال کم توجهی / بیش فعالی یک اختلال روان پزشکی است که اکثر مردم فکر میکنند محدود به دوران کودکی است در حالیکه این بیماری میتواند در کودکی، نوجوانی و بزرگسالی هم فرد را درگیر کند و مشخصه ی آن الگوی کاهش پایدار توجه و افزایش تکانشگری و بیش فعالی است. بر اساس شرح حال خانواده ها، تعیین ژنوتیپ و مطالعات تصویر برداری عصبی شواهد روشنی برای پایه ی زیستی ADHD وجود دارد. هر چند چندین ناحیه ی مغز و چندین ناقل عصبی در بروز علائم دخیل دانسته شده اند اما همچنان دوپامین کانون پژوهش های مربوط به علائم ADHD است.

کودکان، نوجوانان و بزرگسالان دچار ADHD اغلب تخریب قابل توجهی در کارکرد تحصیلی و نیز موقعیت های بین فردی و اجتماعی نشان میدهند.

ADHD اغلب با اختلالات دیگری همراه است از جمله اختلالات یادگیری، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی و اختلالات رفتار ایدایی (خلق خشمگین، زود رنج، کینه جو، ناراحت کردن عمدی دیگران).

همه گیر شناسی (اپیدمیولوژی):



گزارش های میزان بروز ADHD از 7 تا 8 درصد کودکان مدارس ابتدایی متغیر است. مطالعات اپیدمیولوژی حاکی است که ADHD تقریباً در 2/5 درصد بزرگسالان وجود دارد. میزان ADHD در والدین و خواهر و برادر های کودکان مبتلا به این اختلال 2الی 8 برابر شایع تر از جمعیت عمومی است. ADHD در پسر ها به نسبت 2بر 1 تا 9بر 1 از دختر ها شایع تر است. در بستگان درجه اول افراد مبتلا به ADHD, خطر ابتلا به این اختلال و نیز سایر اختلالات نظیر اختلالات ایدایی, اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی بالاست.

در والدین کودکان مبتلا به ADHD میزان بروز اختلالات مصرف مواد بالاتر از حد عادی است.

ویژگی های افراد مبتلا به ADHD :

1. بی توجهی :

a- اغلب قادر نیست به جزئیات توجه دقیق داشته باشد و در تکالیف تحصیلی، شغلی و یا سایر فعالیت ها خطایی ناشی از بی توجهی از وی سر میزند.

b. اغلب وقتی مستقیم با او صحبت میشود به نظر میرسد گوش نمیدهد.

c. اغلب وسایل لازم برای فعالیت خود را گم میکنند.

d. با محرک های خارجی به راحتی حواسش پرت میشود.

e. فراموشکاری در کارهای روزمره

2. بیش فعالی و تکانشگری:

a. اغلب زیاد حرف میزنند.

b. نمیتوانند بی سروصدا به فعالیتی بپردازند.

c. قادر به انتظار کشیدن مثلا در صف نیستند.



d. دائماً در حال حرکت است و قادر نیست یک جا ثابت بماند و بیقرار است.
e. وسط حرف دیگران میپرد و فعالیشان را قطع میکند.

چندین علامت تا قبل از سن 12 سالگی دیده میشود.

چندین علامت در بیش از یک موقعیت و محل دیده میشود.

شواهد آشکاری وجود دارد که این علائم سبب تداخل یا افت کیفیت کارکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی فرد میشود.

Symptoms of ADHD

Inattention

Disorganization

Lack of focus

Difficulty giving attention to details

Have trouble staying on topic while talking

Hyperactivity

Fidget and squirm when seated.

Get up frequently to walk or run around.

Have trouble playing quietly or doing quiet hobbies

Impulsivity

Impatience

Having a hard time waiting to talk or react

Blurt out answers before someone finishes asking them a question.



عوامل ژنتیک در بروز ADHD:

شواهد نقش چشمگیر عوامل ژنتیک در بروز ADHD از مطالعات خانوادگی حاصل شده است که نشان میدهد میزان ابتلا در دوقلوهای تک تخمکی بیشتر از دوقلوهای دو تخمکی است و میزان بروز آن در والدین و خواهر و برادرهای کودک مبتلا تا 8 برابر جمعیت عمومی است. یافته های موجود حاکی از آن است که علل ADHD عمدتاً منشأ ژنتیک دارد و میزان توارث آن حدود 75% است. چندین فرضیه در مورد نحوه ی انتقال ADHD مطرح شده است، از جمله فرضیه ی وابسته به جنس که میزان بالاتر ADHD در جنس مذکر را توضیح میدهد.



سایر نظریات برمدل تعامل ژن های متعدد استوارند که سبب بروز علائم مختلف ADHD با شدت های متفاوت میشوند. پژوهش های متعددی برای شناسایی ژن های اختصاصی ADHD در دست انجام است.

کوک و همکاران ارتباط ژن ناقل دوپامین (DAT1) و adhd را نشان دادند, هرچند داده های گروه های پژوهشی دیگر این نتیجه را تایید نکرد.

مطالعات خانوادگی و مطالعات مبتنی بر جمعیت, ارتباطی بین ژن آلل تکرار 7 گیرنده ی 4 دوپامین (DRD4) و این بیماری را مطرح کرده اند.

اکثر پژوهش های مولکولی بر روی ADHD روی ژنهایی متمرکز بوده اند که بر متابولیسم یا اثر دوپامین تأثیرگذار بوده اند. برای تبیین روابط پیچیده بین ژنهای متعدد و بروز ADHD نیاز به تداوم پژوهشهای موجود است.



عوامل عصبی-شیمیایی در بروز ADHD:

تصور میشود که بسیاری از ناقل ها در بروز علائم این بیماری نقش دارند اما دوپامین کانون توجه اصلی پژوهش های بالینی است و قشر جلوی پیشانی با توجه به نقش آن در توجه و تنظیم کنترل تکانه در این زمینه مطرح شده است.

عوامل رشدی در بروز ADHD:

میزان بالاتر ADHD در کودکانی که زودرس به دنیا می آیند و مادرانشان در خلال بارداری عفونت پیدا کرده اند دیده میشود. تهاجم به مغز در خلال اوایل شیرخواری بر اثر عفونت، التهاب و ضربه ممکن است در برخی موارد جزو عوامل موثر در

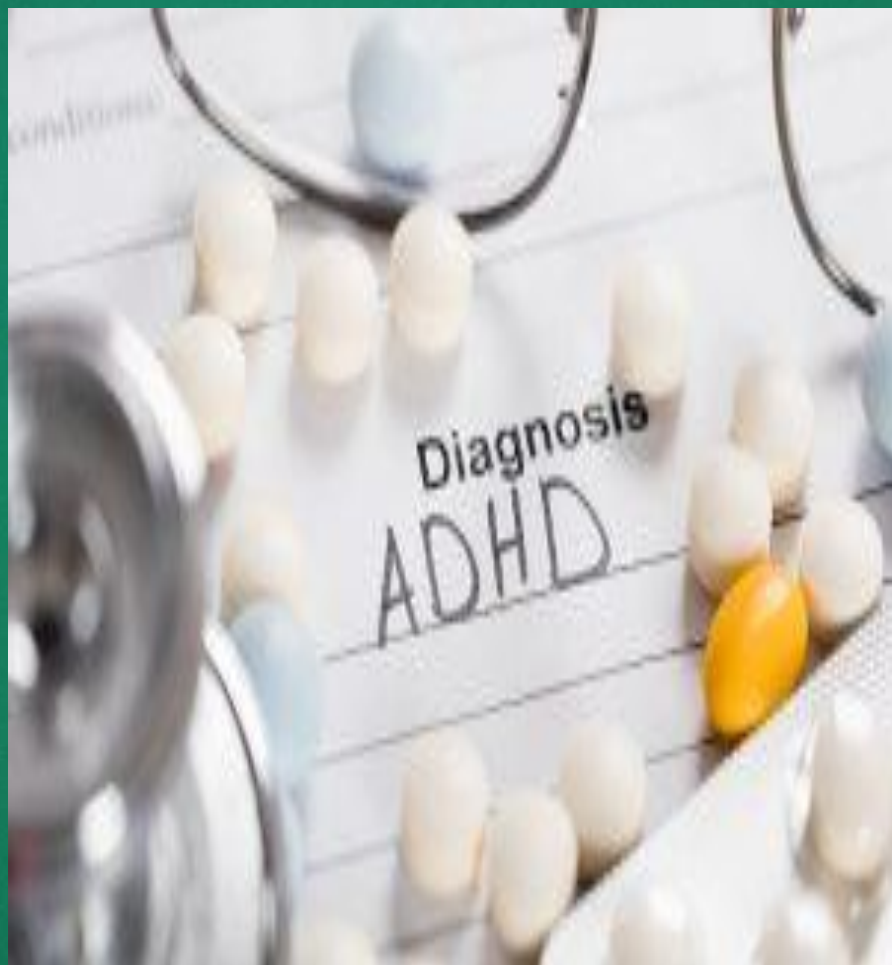
بروز علائم ADHD باشد. در کودکان دچار ADHD میزان نشانه های خفیف عصبی (غیر موضعی) بیش از جمعیت عمومی است. گزارش های موجود در متون علمی نشان میدهد که سپتامبر اوج ماه تولد کودکان دچار ADHD با یا بدون اختلالات یادگیری همراه است، معنای این یافته میتواند این باشد که مواجهه ی پیش از تولد با عفونت های زمستانی در خلال سه ماهه ی اول ممکن است در بروز علائم ADHD در برخی کودکان مستعد نقش داشته باشد.

عوامل روانی اجتماعی در بروز ADHD:

سوء رفتار مزمن شدید، بد رفتاری و غفلت با برخی علائم رفتاری ای همراه اند که با ADHD هم پوشانی دارند از جمله ضعف توجه و ضعف کنترل تکانه. عوامل مستعد کننده ممکن است شامل عوامل مزاجی و عوامل خانوادگی ژنتیکی کودک باشد.



تشخیص:



سابقه ی مفصل فرد در زمان تولد و پیش از تولد در مورد الگوهای اولیه ی رشد و مشاهده ی مستقیم نشانه ها معمولاً نشانه های اصلی بیش فعالی و رفتار تکانشی را آشکار میکند. بیش فعالی ممکن است در بعضی موقعیت ها (مثلاً مدرسه) مشاهده شده و در موقعیت های دیگر (مثلاً مصاحبه ی چهره به چهره و تماشای تلویزیون) دیده نشود و ممکن است در فعالیت های سازمان یافته خوشایند (ورزش) کمتر خود را نشان دهد.

ولی تشخیص این اختلال ایجاب میکند که علائم مخرب و مداوم بیش فعالی / تکانشگری یا بی توجهی، حداقل در دو زمینه مختلف تخریب ایجاد کرده باشد.

سایر خصوصیات مشخص کننده ی ADHD، میدان توجه کوتاه و حواس پرتی است. در مدرسه کودکان مبتلا قادر به انجام دستورالعمل ها نبوده و نیازمند توجه بیشتری از سمت معلمان هستند.



آنها اغلب در خانه از خواسته های والدین پیروی نمیکنند و ممکن است ممکن است برای تکمیل تکالیف نسبتاً ساده لازم شود والدین چندبار به آنها گوشزد کنند, این کودکان تکانشی عمل میکنند و دچار بی ثباتی هیجانی بوده و تحریک پذیر و انفجاری اند. کودکانی که بیش فعالی ویژگی عمده ی آنهاست بیشتر برای درمان ارجاع میشوند تا کودکانی که علامت عمده ی آنها کم توجهی ست.

در کودکانی که دچار نوع عمدتاً بیش فعالی تکانشی(نوع مرکب) هستند نسبت به کودکان مبتلا به نوع بی توجه احتمال اینکه با گذشت زمان تشخیص ثابتی داشته باشند بیشتر است و بیشتر از آنها بطور همزمان دچار اختلال سلوک میشوند.

اختلالات خواندن, ریاضیات, زبان و نگارش ممکن است همراه با ADHD دیده شوند, برای رد سایر علل بی توجهی, ارزیابی رشدی کلی باید مدنظر قرار بگیرد.

در ارزیابی کودک از نظر ADHD باید شرح حال جامع طبی و روان پزشکی اخذ شود. در شرح حال باید اطلاعات

پیش از تولد و دوره ی نوپایی پوشش داده شود. عوارض بارداری مادر نیز باید پرسیده شود. مشکلات طبی که ممکن است علائم مشابه ADHD ایجاد کنند عبارتند از صرع کوچک، نواقص شنوایی و بینایی، ناهنجاری تیروئید و هیپوگلاسمی.

یک شرح حال کامل قلبی باید اخذ شود به همراه معاینه ی قلبی بیمار. آزمون شناختی مفید برای تأیید بی توجهی و تکانشگری شامل انجام مستمر یک تکلیف است، در این تکلیف کامپیوتری از کودک خواسته میشود هربار که زنجیره مشخصی از حروف یا ارقام روی تابلو روشن میشود دکمه ای را فشار دهد، کودکان دچار کم توجهی اشتباهات حذفی مرتکب میشوند (یعنی موقع ظاهر شدن زنجیره دکمه را فشار نمیدهند)



کودکان دچار تکانشگری حتی وقتی زنجیره ی مطلوب هنوز روی صفحه نیامده نمیتوانند در مقابل وسوسه ی فشردن دکمه مقاومت کند. این روش یک ابزار تشخیصی هست اما اختصاصی نیست. این نکته را باید توجه داشت که بدلیل همپوشانی خصوصیات دستگاه عصبی تکامل نیافته ی طبیعی و علائم آغازین اختلالات ادراکی-حرکتی-دیداری که اغلب در ADHD دیده میشود تفکیک خصوصیات مزاجی فوق از علائم اصلی ADHD پیش از سن 3 سالگی مشکل است.



شواهد نشان میدهد که در بزرگسالان شیوع حدود 4 درصد است و عموماً با توجه به فقدان اطلاعات مدرسه و اطلاعات مشاهده گر قابل دسترس، عموماً بصورت خود گزارشی تشخیص داده میشود و به همین دلیل تشخیص درست در بالغین دشوارتر از کودکان است. در بزرگسالان علائم این اختلال عبارتند از تکانشگری و کمبود توجه (مانند اشکال در سازماندهی و تکمیل کارها، ناتوانی در تمرکز، افزایش حواسپرتی و تصمیم گیری های ناگهانی بدون اندیشیدن در مورد پیامد آنها).

بسیاری از افراد دچار این اختلال بر اثر افت عزت نفس ناشی از عملکرد مختل مؤثر بر کارکرد شغلی و اجتماعی، دچار اختلال افسردگی ثانویه هستند.

تشخیص ADHD زمانی مطرح میشود که علائم بی توجهی و تکانشگری فرد بزرگسال در همه ی عمر وجود داشته باشد و نه بصورت رویدادی دوره ای عارض شده باشد. هم پوشانی ADHD و هیپومانیا، اختلال دوقطبی نوع 2 و خلق ادواری مورد بحث است و تفکیک آنها دشوار است. در بزرگسالان دچار ADHD همچون کودکان مبتلا میزان اختلالات یادگیری، اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی و اختلالات مصرف مواد بالاتر است.

Types of ADHD Treatment

Medication-based

Stimulants

Non-stimulants

Antidepressants

Non-medication based

Behavior therapy

Psychotherapy

Social skill training

Support groups

درمان:

درمان دارویی خط اول درمان ADHD محسوب میشود. محرک های دستگاه عصبی مرکزی داروهای انتخاب اول هستند، زیرا مشخص شده اثربخشی بالایی دارند و عموماً عوارض خفیف قابل تحملی ایجاد میکنند. داروهای محرک در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان دارای خطرات و ناهنجاری های شناخته شده ی قلبی ممنوع هستند.

از جمله ی این داروها میتوان به دکستروآمفتامین، متیل فنیدیت، ریتالین و ویوانس اشاره کرد.

از بین این داروها ویوانس تا زمانی که متابولیزه نشود غیرفعال است و احتمال سوء مصرف یا بیش مصرف آن کمتر است.

داروهای دیگر مورد استفاده داروهای غیر محرک هستند که از جمله ی آنها اتوموکسین (stratera) که یک مهار کننده ی بازجذب نوراپی نفرین است.

استراتژی‌ها برخلاف داروهای محرک واجد هشدار هستند در مورد احتمال افزایش افکار یا رفتارهای خودکشی و لازم است کودکان مبتلا به این بیماری که با این دارو تحت درمان هستند از نظر این علائم زیر نظر باشند. درمان فقط با دارو پیش نمی‌رود و مداخلات روانی اجتماعی نیز بسیار مهم است. مداخلات روانی اجتماعی برای کودکان دچار ADHD عبارتند از: آموزش روانی، جبران مهارت‌های سازماندهی، آموزش والدین، تعدیل رفتار در کلاس و منزل، درمان شناختی رفتاری (CBT) و آموزش مهارت‌های اجتماعی. وقتی به این کودکان کمک میشود تا محیط خود را سازمان دهند اضطرابشان فروکش میکند. گروه درمانی با هدف اصلاح مهارت‌های اجتماعی و افزایش عزت نفس و حس موفقیت در کودکان مبتلایی که در زمینه‌های گروهی، بخصوص در مدرسه دچار مشکلات کارکردی زیادی هستند میتواند بسیار مفید باشد.

در درمان ADHD بزرگسالان دارودرمانی مشابه کودکان و نوجوانان است (عمدتاً محرک‌های طولانی اثر). FDA در بزرگسالان فقط محرک‌های طولانی اثر را برای درمان ADHD تایید کرده است. نشانه‌های پاسخ مثبت عبارتند از افزایش گستره‌ی توجه، کاهش تکانشگری و بهبود خلق. ممکن است لازم شود درمان دارویی بطور نامحدود و تا آخر عمر ادامه یابد.