

مقدمه

ADHD به تدریج در بین تشخیص‌های عادی روانپزشکی جای خاصی به خود اختصاص می‌دهد تا سال ۱۹۸۰ میلادی به این تشخیص به ندرت تحت عنوان بیش‌فعالی توجه می‌شد و محدود به تشخیص‌های روانپزشکی برای کودکان بود. برای اولین بار در DSM-III ضوابط تشخیصی آن شرح داده شد و به تدریج به وجود این اختلال در بزرگسالان عنایت شد. امروزه این مطلب مطرح است که بعضی تشخیص‌ها تحت عنوان اختلال خلقی دوقطبی اگر دقیق‌تر مورد توجه قرار گیرند ضوابط تشخیصی ADHD دقیق‌تر به وضع آنها تطبیق می‌کند. در سال‌های دور شیوع بیش‌فعالی را ۶-۳٪ می‌دانستند و اکنون بعضی پژوهش‌ها این رقم را ۴۴٪ ذکر می‌کند.

اعتقاد بر این است که موارد بالایی از اُفت تحصیلی‌ها و توقف آموزش کودکان ناشی از این اختلال است. اهمیت این امر گذشته از این اختلال تشخیص داده شده و درمان نشده رنج می‌برند. میزان ارتکاب جرم در این مبتلایان ۷ بار بیش از جمعیت عمومی است. این اختلال را یک مشکل نورولوژیک ارثی می‌دانند و می‌توان با توجه بیشتر و درمان آنها از آسیب‌هایی که به فرد و جامعه وارد

می شود پیشگیری کرد.

پرداختن به این مهم در کنار بیماری های کوکان که بهتر شناخته شده اند گامی مهم در آموزش روانپزشکی و بالا بردن سطح بهداشت جامعه خواهد بود.

دکتر سید احمد جلیلی

فهرست

۹	..... مقدمه
۱۱	..... اختلال کم توجهی / بیش فعالی
۱۱	..... اختلال کم توجهی / بیش فعالی چیست؟
۱۲	..... آیا کودک من مشکلی دارد؟
۱۸	..... چه چیز باعث ایجاد بیش فعالی می شود؟
۲۰	..... ویژگیهای کودک مبتلا به بیش فعالی
۲۱	..... بیش فعالی چه جور حالتی است؟
۲۳	..... بیش فعالی چگونه تشخیص داده می شود؟
۲۵	..... پرسشنامه غربالگری بیش فعالی
۲۷	..... چگونه می توان به فرزند من کمک کرد؟
۳۹	..... ارزیابی و کنترل بیش فعالی
۲۹	..... درمان غیردارویی بیش فعالی
۳۸	..... پیدا کردن مناسب ترین رژیم غذایی برای فرزندتان
۳۹	..... برنامه های رفتاری و بیش فعالی
۴۷	..... درمان دارویی بیش فعالی
۵۰	..... کمک کردن به کودک بیش فعال در مدرسه

۵۰	.....	ده نکته برای کنترل مؤثر کودکان بیش فعال در مدرسه
۵۱	.....	کمک کردن به کودک بیش فعال در خانه
۵۶	.....	طیف اختلال درخودماندگی
۵۶	.....	طیف اختلال درخودماندگی (اوتیسمی) چیست؟
۵۷	.....	مشخصات کودکان مبتلا به طیف اختلال درخودماندگی
۷۲	.....	علایم رایج در طیف اختلال درخودماندگی چیستند؟
۷۲	.....	علل، میزان شیوع و عوارض طولانی مدت درخودماندگی
۷۳	.....	علائم رایج درخودماندگی
۷۸	.....	درخودمانده بودن چگونه حالتی است؟
۸۱	.....	ارزیابی و درمان درخودماندگی
۸۲	.....	تحلیل رفتار کاربردی
۸۴	.....	سیستم های ایجاد ارتباط توسط تعویض عکس
۸۶	.....	داستان های اجتماعی
۸۹	.....	خوانش پریشی
		چه وضعیتی خوانش پریشی است و چه وضعیتی خوانش پریشی
۹۷	.....	محسوب نمی شود؟
۹۸	.....	دلایل احتمالی ایجاد خوانش پریشی
۱۰۵	.....	ارزیابی و درمان خوانش پریشی
۱۰۷	.....	تدابیر کمکی در کنترل خوانش پریشی
۱۱۲	.....	کردار پریشی
۱۱۲	.....	ویژگی های کردار پریشی
۱۲۴	.....	تشخیص کردار پریشی
۱۲۴	.....	علل، میزان شیوع و عوارض طولانی مدت کردار پریشی
۱۲۶	.....	کردار پریشی چگونه حالتی است؟
۱۳۱	.....	ارزیابی و کنترل خوانش پریشی

مقدمه

این کتاب همچنانکه در ادامه خواهد آمد در مورد ۴ اختلال شایع کودکان است.

اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی (ADHD)^۱

این کودکان در تمرکز توجه‌شان بر روی فعالیت‌ها حتی برای مدت زمانی کوتاه مشکل دارند، و غالباً بسیار برانگیخته بوده و به نظر می‌رسد که قادر به کنترل خود نمی‌باشند.

اختلال در خودماندگی^۲ و نشانگان اسپرگر^۳

این دسته از کودکان در برقراری و حفظ روابط اجتماعی با دیگران از جمله کودکانی که در گروه سنی خودشان قرار دارند، دوستان و سایر بزرگسالان مشکل دارند. این کودکان غالباً درگیر اختلالات زبان نیز می‌باشند.

1- Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

2- Autistic spectrum disorder

3- Asperger's syndrome

اختلالات یادگیری خاص یا خوانش‌پریشی^۱

این کودکان در مهارت‌هایی مثل خواندن، هجی کردن و نوشتن در مقایسه با کودکانی که در گروه سنی خودشان قرار دارند، دچار مشکل هستند.

اختلال هماهنگی رشدی یا کردارپریشی^۲

این کودکان در تسلط بر کارهایی که نیاز به هماهنگی حرکتی دارند، مثل یادگیری راه رفتن، یادگیری دوچرخه‌سواری و مهارت‌های بازی با توپ بسیار کند هستند.

خصوصیت‌های تشخیصی اصلی، شیوع و استراتژی‌های درمانی هر اختلال به صورت جداگانه در این کتاب تشریح شده‌اند. هر چند که در دهه اخیر شواهد گردآوری شده دال بر این هستند که این اختلالات اغلب به صورت توأم اتفاق می‌افتند. برخی متخصصان رشد کودک معتقدند که ابتلای همزمان به دو اختلال یا بیشتر بسیار رایج‌تر از ابتلای صرف به یک اختلال است.

در این کتاب به توضیح هر چهار اختلال پرداخته‌ایم. اگر فکر می‌کنید کودکی را می‌شناسید که علائم یکی از اختلال‌ها را نشان می‌دهد، توصیه ما این است که تمام اختلال‌ها را مطالعه کنید.

1- Dyslexia

2- Dyspraxia

اختلال کم توجهی / بیش فعالی

اختلال کم توجهی / بیش فعالی چیست؟

در حال حاضر تحقیقات پزشکی نشان می دهند که اختلال کم توجهی / بیش فعالی (ADHD) افراد مختلف را به طرق مختلف و با شدت های مختلف درگیر می کند. تعاریف گوناگونی از این بیماری وجود دارند، اما ویژگی هایی که متعاقباً ذکر خواهند شد به عنوان متداول ترین خصیصه ها در اغلب تعاریف آمده اند.

کودکان مبتلا به بیش فعالی مدام در حال تقلا و حرکتند، اغلب به صورت لاینقطع حرف می زنند و مکرراً حرف هایی بی ربط به موضوع از دهانشان بیرون می پرد. معمولاً کارهایی آنی و بدون تأمل انجام می دهند و ندرتاً قبل از انجام کاری فکر می کنند. حتی گاهی بی دلیل خود را در معرض خطرات قرار می دهند. این کودکان یک علت عمده نگرانی برای والدین و معلمانشان محسوب می شوند.

اولین کسانی که به وجود امری غیرعادی در رفتار این گونه کودکان مظنون می شوند والدین آنها هستند. بسیاری از والدین از رفتار کودک خود احساس شرمندگی نموده و خودشان را سزاوار سرزنش قلمداد

می‌کنند. گرچه تحقیقات سال‌های اخیر نشان داده‌اند که رفتار بد یا برانگیخته این کودکان گناه والدین آنها و یا حتی خود این کودکان نیست. بروز چنین رفتاری احتمالاً ناشی از عدم فعالیت ناحیه‌هایی از مغز که مسئول کنترل تمرکز و رفتارهای آنی می‌باشند، است. رفتارهای مربوط به بیش‌فعالی در اوان کودکی، تا قبل از سن ۵ سالگی آشکار می‌شوند. بیش‌فعالی یک اختلال مادام‌العمر تلقی می‌شود ولی اتوبیوگرافی‌های^۱ بزرگسالانی که از کودکی دچار بیش‌فعالی بوده‌اند، بر این مسئله توافق دارند که گرچه علامت اختلال هرگز از بین نمی‌روند، اما بالغ شدن، فرد را قادر به اتخاذ استراتژی‌هایی می‌کند که بتواند رفتار را در کنترل خود بگیرد.

آیا کودک من مشکلی دارد؟

گرچه والدین گهگاه متوجه می‌شوند که رفتار کودکان غیر متعارف یا به نحوی غیر قابل کنترل است، اما غالباً یک غریبه یا کسی که به هر حال جزو بستگان درجه یک نیست پیشنهاد ملاقات با یک متخصص را مطرح می‌کند. مادر مهران داستانی را بازگو می‌کند که مثالی از این ماجراست.

معرفی یک مورد: مهران

مهران دوّمین فرزند من بود، بدین ترتیب تنها کسی که می‌توانستم مهران را با او مقایسه کنم، خواهر بزرگترش بود. من با خود فکر می‌کردم که پسریچه‌ها همین‌طور باید باشند. همواره در حال عجله بود، انگار که بر موتوری سوار است، نمی‌توانست بیش از چند دقیقه بر چیزی متمرکز شود و مسئله نگران‌کننده‌تر این که هیچ درکی از خطر نداشت. وقتی

۱- خودزندگی‌نامه



مهران همواره و بدون هیچ احساس خطری با سرعت می‌دوید.

برای خرید بیرون می‌رفتیم، اگر یک بیش از چند دقیقه بر چیزی متمرکز شود و مسئله نگران‌کننده‌تر این که هیچ درکی از خطر نداشت. وقتی برای خرید بیرون می‌رفتیم، اگر یک لحظه دست او را رها می‌کردم به سرعت از مغازه بیرون می‌دوید و در یک چشم برهم زدن وسط خیابان بود.

چهار سالش که شد او را به کودکانستان بردیم. هنوز به خاطر دارم که مرتباًش در پایان اولین روز سراغ من آمد و گفت، «پسرتان کمی شیطان است، اینطور نیست؟» بعد از گذشت اولین هفته دوباره با من صحبت کرد و گفت که فکر می‌کند که مهران هنوز آمادگی کودکانستان را ندارد. از قرار معلوم، مهران گونه یکی از دخترها را به این علت که از ماشین اسباب‌بازی که مهران می‌خواست با آن بازی کند، بیرون نیامده



ما دو کودکستان دیگر را نیز امتحان کردیم ولی مهران در هیچکدام از آنها بیشتر از ۲ هفته دوام نیاورد.

بود، گاز گرفته و همچنین به مرتبی که او را به خاطر کارش ملامت کرده بود، لگد زده بود. ما دو کودکستان دیگر را نیز امتحان کردیم ولی مهران در هیچ کدام از آنها بیشتر از ۲ هفته دوام نیاورد. وقتی مدرسه را شروع کرد، تقریباً هر هفته یکی از معلمانش پیغام می دادند که می خواهند با من صحبت کنند. آنها می گفتند که مهران نمی تواند بیش از ۲ دقیقه روی نیمکت آرام باشد، دائماً پاسخ پرسش ها را فریاد می زند، کج خلقی می کند و با دیگر بچه ها درگیر می شود. مشکل دیگر ما زمانی بود که مهران به مهمانی دعوت می شد. او آن قدر هیجان زده می شد که غیر قابل کنترل می گردید و برای والدین صاحب



جنگال بزرگی در حیاط مدرسه به پا شده بود؛ مهران چوگان کریکت را پرت کرده بود و چوگان به سر یک دخترچه خورده بود.

مهمانی امری عادی شده بود که قبل از تمام شدن مهمانی به من تلفن کنند و از من بخواهند که مهران را جمع و جور کنم. مشکلات مهران و رفتارش زمانی به اوج رسید که او سال سوم مدرسه ابتدایی بود. صبح یک روز تابستانی ما کمی زود به مدرسه رسیدیم، طبق معمول به محض این که من جلوی در مدرسه دست مهران را رها کردم او بلافاصله به سمت حیاط دوید. من گرم صحبت با چند مادر دیگر بودم که حدود ۵ دقیقه بعد هیاهوی وحشتناکی در حیاط مدرسه برپا شد. یک دختر کوچک روی زمین افتاده بود، جیغ می کشید و خون از بریدگی روی سرش جاری بود. قلب من فرو ریخت، چرا که



چیزی که واقعاً مرا ناراحت می‌کرد این بود که او مرتباً گریه می‌کرد که معلمان و دانش‌آموزان دیگر از او متنفرند.

بین صدای جیغ‌ها صدای مهران را می‌شنیدم که داد و فریاد می‌کرد. ظاهراً مهران با چند نفر از بچه‌ها در حال بازی کریکت بوده و وقتی که توپش بیرون می‌افتد حاضر نمی‌شود که چوگان را رها کند و فریاد می‌زند که توپ او بیرون نرفته، یکی از پسرها سعی می‌کند که چوگان را از دست او بیرون بکشد، اما جان دوباره چوگان را می‌قاپد و فریاد می‌زند که دیگران دارند تقلب می‌کنند و چوگان را با قدرت تمام به سمت زمین بازی پرتاب می‌کند که به سر دخترک می‌خورد.

وقتی به مهران رسیدم کاملاً غیرقابل کنترل شده بود، هنوز در حال نعره زدن بود، فریاد می‌زد که آن پسر دیگر مقصّر بوده و به معلمی که سعی داشت نگاهش دارد لگد می‌زد و ناسزا می‌داد. من سعی کردم او را آرام کنم تا جایی که دست از تقلا کردن و فریاد زدن برداشت و شروع به گریه کرد. هق‌هق شدیدی می‌کرد و پشت سر هم می‌گفت: «واقعاً متأسفم مامان، من نمی‌خواستم به اون صدمه بزنم، تقصیر من نبود،

نمی‌دانم چرا چنین کارهایی می‌کنم، همهٔ اونها از من متنفرند، کاش می‌مردم.» من او را به خانه بردم و او تمام روز را گریه کرد. چیزی که بیشتر مرا ناراحت می‌کرد این بود که او دائماً با اصرار از این گلایه می‌کرد که معلمان و دانش‌آموزان دیگر از او متنفرند، این که هیچوقت دوستی نداشته و این که آرزو می‌کرد که می‌توانست خودش را بکشد. تا به حال چنان احساس بدی نداشتم چرا که می‌دانستم که غالب چیزهایی که می‌گفت صحت داشتند.

صبح روز بعد من با مدیر مدرسه قرار ملاقات داشتم. او حرف‌هایش را این‌طور آغاز کرد که گرچه می‌داند که مهران عمداً به دختر بچه صدمه نزده، اما مشکل اصلی مدرسه نحوهٔ رفتار مهران است و این صرفاً به کار دیروز او بر نمی‌گردد، بلکه مهران اغلب اوقات رفتار ناشایستی دارد. قبل از این که من اتاق او را ترک کنم، او مجله‌ای را از روی میز قهوه‌اش برداشت، به من داد و گفت: «من متخصص نیستم ولی قبلاً هم بچه‌هایی مثل مهران را دیده‌ام، او ممکن است مشکلی داشته باشد که از عهده‌اش خارج است. نگاهی به این صفحه بباندازید و ببینید آیا می‌توانید مهران خود را لابه‌لای توضیحات این مقاله پیدا کنید!»

من مستقیم به خانه رفتم و آن مقاله را خواندم. مقاله، در مورد پسری با یک مشکل بالینی رفتاری به نام اختلال کم‌توجهی/بیش‌فعالی بود. توضیحات مقاله دقیقاً با مهران ما مطابقت می‌کرد و حتی در مورد این که چه می‌شد کرد هم توضیحاتی داده بود. نمی‌توانم احساس آسودگی را که در آن لحظه سرتاسر وجود مرا در برگرفت، برایتان توصیف کنم.

روز بعد من مهران را نزد پزشک خانوادگی مان بردم و آن مقاله را به او نشان دادم، او نیز قرار ملاقاتی با یک متخصص را برای مهران هماهنگ کرد. ۶ هفته تا زمان ملاقات باقی مانده بود، اما به محض این



مدیر مدرسه مقاله‌ای به من داد که ماجرای یک پسر مبتلا به بیش‌فعالی را شرح داده بود.

که مهران معاینه شد و تشخیص بیش‌فعالی روی او گذاشته شد کم‌کم همه کارها درست شد. متخصص توصیه‌هایی کرد مبنی بر این که چطور با او رفتار کنیم کرد و یک نفر را نیز به مدرسه فرستاد تا معلمان را در مورد نحوه رفتار با جان راهنمایی کند. از آن زمان ما نیز همان روشی که معلمان برای آرام کردن مهران به کار می‌بردند را در خانه به کار می‌بستیم. باور کنید یا نه، کار آسانی نبود، اما مربوط به ۷ سال پیش می‌شود، مهران دیپلم دبیرستان خود را گرفت و حالا می‌خواهد معلم ورزش بشود. مشاور انتخاب شغلی می‌گوید که شغلی بهتر از این را نمی‌تواند برای مهران متصور گردد.

چه چیز باعث ایجاد بیش‌فعالی می‌شود؟

آن چه که منجر به ایجاد بیش‌فعالی می‌شود هنوز به وضوح مشخص



از زمانی که تشخیص بیش‌فعالی در مورد مهران داده شد، کم‌کم همه چیز بهتر شد.

نشده است. گرچه متخصصان بر این نکته اتفاق نظر دارند که کودکان با بیش‌فعالی به دنیا می‌آیند و این‌طور نیست که در جریان رشد به آن مبتلا شوند. شواهدی که این نظریه را تأیید می‌کنند از مطالعات روی کودکانی که آرایش ژنتیکی یکسان داشته‌اند؛ یعنی دوقلوهای یکسان به‌دست آمده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهند که اگر دوقلوهای یکسان را از بدو تولد از هم جدا کرده و جداگانه بزرگ کنیم، در صورتی که یکی از آنها بیش‌فعالی داشته باشد، دیگری نیز مطمئناً بیش‌فعالی خواهد داشت. این آرایش ژنتیکی کودک است که عامل اصلی در ابتلا یا عدم ابتلای کودک به بیش‌فعالی محسوب می‌شود و نه نحوه بزرگ کردن او.

شواهدی که از تحقیقات دیگر به دست آمده نشان می‌دهند که درجه شیوع بیش‌فعالی در پسر بچه‌ها نسبت به دختر بچه‌ها ۴ به ۱ است و بدین ترتیب این اختلال پسرها را بیشتر از دخترها درگیر می‌کند.

ویژگی‌های کودک مبتلا به بیش‌فعالی

- اغلب به سرعت حرکت می‌کند به نحوی که بسیار برانگیخته و سراسیمه‌تر از سایر کودکان به نظر می‌آید.
- غالباً بی‌وقفه و با صدای بلند صحبت می‌کند، مرتباً وول می‌خورد و به‌طور مکرر و بدون هیچ وقفه‌ای از فعالیت به فعالیت دیگر مشغول می‌شود.
- قادر به حذف محرک‌های بی‌اهمیت نیست - همه چیز توجه او را به خود جلب می‌کند.
- بی آن که بخواهد همه را اذیت می‌کند.
- دیگران دوستش ندارند و این موضوع را متوجه می‌شود.
- اعتماد به نفس پایینی دارد و غالباً از خودش بیزار است.
- بیشتر اوقات بعد از آن که رفتار بدی از خود نشان می‌دهد پشیمان می‌شود و می‌گوید: «دست خودم نیست».
- رفتارهایی که ذکر شدند به‌طور مستمر و مداوم در او مشاهده می‌گردند.

بیش‌فعلی چه جور حالتی است؟

فعلیتهایی که برای سایر کودکان هیجان نسبتاً پایینی ایجاد می‌کنند کودک بیش‌فعال را به شدت هیجان‌زده و برانگیخته می‌نمایند. مثلاً، برای او بسیار دشوار است که برای انداختن طاس روی تخته منتظر نوبتش بماند و ممکن است خارج از نوبت طاس را بپاید، بدون این که متوجه باشد که این کارش دیگران را دلخور می‌کند. یا در صف ناهار مدرسه ممکن است دیگران را هل بدهد تا هر چه سریع‌تر ناهارش را بگیرد بی‌توجه به این که دوستانش را از دست خواهد داد و مسئول ناهار مدرسه را ناراحت خواهد کرد.

کودکی که بیش‌فعلی دارد گاهی به صورت لاینقطع حرف می‌زند و مدام حرف دیگران را قطع می‌کند. رفتارهای آنی کودک بیش‌فعال اموری اتفافی نیستند بلکه خصیصهٔ همیشگی او محسوب می‌شوند. کودک بیش‌فعال بدون شک موجب زحمت و اذیت همه - اعضای خانواده، معلمان و بالاخره کسانی که می‌توانند دوستان او باشند - است. کودک بیش‌فعال اغلب به خاطر بدخلقی‌های غیرقابل پیش‌بینی‌اش که باعث بر هم زدن بازی‌ها می‌شود از طرف هم‌سن و سالانش طرد می‌گردد و همواره بعد از طرد شدن از آن چه که انجام داده متأسف می‌شود.

کودک یا فرد جوانی که بیش‌فعلی دارد ممکن است گهگاه به نظر بی‌خیال و حتی گاهی لاقید برسد اما شرح سرگذشت بزرگسالانی که این اختلال را داشته‌اند شامل خاطراتی اندوهناک هستند؛ ناراحتی‌های عاطفی، اعتماد به نفس پائین و تنهایی، دوست داشته نشدن، طرد شدن، محرومیت مکرر از گروه‌ها و منع شدن از موقعیت‌ها و فعلیتهایی که از صمیم قلب دوست داشته‌اند در آنها شرکت داشته باشند.

برای روشن کردن مشکلات یک کودک بیش‌فعال بگذارید همین کاری را که هم اکنون در حال انجام آن هستید را مثال بزنیم؛ فرض کنید

که در محیطی نسبتاً آرام در حال مطالعه این کتاب هستید، اما می‌توانید سروصدای خیابانی که ماشینتان را در کنار دیگر همسایگان در آن پارک کرده‌اید را بشنوید. چند ثانیه پیش صدای بسته‌شدن درب یک ماشین را شنیده بودید ولی بخشی از مغز شما فوراً آن صدا را به‌عنوان صدایی عادی و بی‌اهمیت غربال کرده بود. بدین ترتیب شما توانسته بودید مطالعه خود را ادامه دهید بی‌آن‌که اختلالی در تمرکزتان به وجود آید. حال فرض کنید که صدای متفاوتی می‌شنوید، صدای له شدن فلز و خرد شدن شیشه. این بار سیستم توجه انتخابی شما اهمیت صدا را در حدی ارزیابی می‌کند که ایجاب می‌کند فوراً مطالعه‌تان را قطع کرده و به سمت پنجره بدوید با این امید که بلایی سر ماشینتان نیامده باشد. در واقع، صدای اول رشته تفکرات شما را قطع نکرد چرا که مغز شما به‌طور ناخودآگاه آن را به‌عنوان صدایی بی‌اهمیت نادیده گرفت و شما به خواندن ادامه دادید در حالی که صدای دوم با تقریباً همان میزان شدت صوتی نادیده گرفته نشد و موجب گردید که مطالعه‌تان را قطع کنید.

حال، همین‌طور که این کتاب را می‌خوانید، آرام بنشینید، سعی کنید که تکان نخورید و صرفاً به صداهای اطراف گوش فرا دهید. احتمال دارد صدای تیک‌تیک ساعت، صدای وزوز آرام سیستم گرمایش مرکزی ساختمان، صدای جریان یافتن دستگاه تهویه هوا، صدای پای ضعیفی از طبقه بالا و صدای خنده خفیفی از تلویزیونی که چند اتاق آن طرف‌تر روشن است به گوش‌تان برسد. به مدّت یکی دو دقیقه چشمانتان را ببندید و فقط به صداهای اطرافتان گوش فرا دهید. تصور کنید هر صدایی که به گوش‌تان می‌رسد رشته افکار شما را پاره کرده و توجه شما را از کتاب، به سمت منبع صدا منحرف کند. تمام محرک‌های دیگری را که مغز شما به‌صورت خودکار حذف می‌کند را نیز به محرک‌های صوتی اضافه کنید؛ تغییرات جزئی نور، دما، لامسه و

بویایی. در حالت عادی سیستم توجه انتخابی شما اجازه نمی‌دهد که محرک‌های جزئی توجه و تمرکزتان را از کاری که مشغول به انجامش هستید، منحرف کنند، اما کودکی که دچار بیش‌فعالی است این سیستم انتخابی کارآمد را ندارد. بنابراین نحوه تأثیر هر محرکی بر مغز او مانند تأثیر است که صدای له شدن فلز و خرد شدن شیشه‌ها بر شما داشت، بدین معنا که کاملاً توجه او را از کاری که به آن مشغول بوده منحرف می‌کند.

حال تصور کنید که چنین کودکی وارد مدرسه شلوغ و مدرنی شده که حدود ۳۰ دانش‌آموز در هر کلاس و احتمالاً صدها دانش‌آموز در کل مدرسه دارد که در حال دویدن توی راهروها و بازی در حیاط هستند. در چنین محیطی، توجه کودک دائماً از موضوعی به موضوع دیگر منحرف می‌شود و نتیجتاً منجر به بروز رفتار نامناسبی می‌گردد که نه تنها خودش را آشفته می‌سازد بلکه به هم‌کلاسی‌ها و معلمان‌ش نیز آزار می‌رساند.

بیش‌فعالی چگونه تشخیص داده می‌شود؟

تشخیص رسمی بیش‌فعالی همواره نیازمند ارزیابی تخصصی یک متخصص کودکان و یا یک روان‌پزشک است. هر چند، اولین تماس با یک پزشک عمومی صورت می‌گیرد و او می‌بایست از جزئیات رفتاری که اسباب نگرانی شده‌اند، مطلع گردد. اگر فکر می‌کنید که کودکی ممکن است به بیش‌فعالی مبتلا باشد، پرسشنامه غربالگری که در جدول زیر آمده، به شما کمک می‌کند که بفهمید آیا لازم است که به یک متخصص مراجعه کنید یا خیر. شرایط آرمانی این است که دو نفر از افراد بالغی که کودک را به خوبی می‌شناسد؛ معمولاً یکی از والدین و یکی از معلم‌های کودک، پرسشنامه را به‌طور جداگانه پر کنند.

میزان شیوع بیش‌فعالی چقدر است؟

مؤسسه ملی سلامت و تندرستی بالینی^۱ در انگلستان متشکل از متخصصانی است که اطلاعات و توصیه‌های مربوط به سلامتی را در اختیار دولت می‌گذارند، طبق معیارهای این مؤسسه:

- حدود ۱ نفر از هر ۱۰۰ کودکی که در سن مدرسه قرار دارند، آشکارا علائم شدید و مشکلات حاد مربوط به بیش‌فعالی را نشان می‌دهند.

- حدود ۵ نفر از هر ۱۰۰ نفر نیز علائم خفیف‌تری را نشان می‌دهند که به هر حال منجر به ایجاد مشکلات درخور توجهی می‌گردند.

این بدان معناست که، تقریباً در هر کدام از مدارس کشور حداقل یک یا دو کودک مبتلا به بیش‌فعالی وجود دارند.

این اختلال چه تأثیری بر خانواده‌ها می‌گذارد؟

در همان گزارش این مؤسسه آمده است که تشخیص بیش‌فعالی می‌تواند ضربه شدیدی به خانواده‌های کودکان مبتلا وارد کند. در فرهنگ ما، والدین کودکان بیش‌فعال رفتار کودکان را ناشی از قصور و کوتاهی خود دانسته و احساس گناه می‌کنند. این احساس گناه، اغلب با اظهارنظرهای منفی علنی و غیرعلنی خویشاوندان، دوستان، والدین کودکان دیگر، معلمان، مربیان بهداشت و غریبه‌هایی که در فروشگاه به آنها برخورد می‌کنند، تشدید می‌شود. وقتی کودکی از بیش‌فعالی در رنج است، والدین او نیز این رنج را تجربه می‌کنند. فشاری که به والدین و خواهر و برادر یک کودک بیش‌فعال وارد می‌شود می‌تواند آن‌قدر زیاد باشد که منجر به از هم پاشیدگی خانواده گردد.

1- The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

پرسشنامه غربالگری بیش‌فعالی

قبل از اینکه شروع کنید، دستورالعمل زیر را بخوانید و آن را به دقت دنبال کنید.

فقط زمانی مربع‌های زیر را علامت‌گذاری کنید که هر دو مورد زیر درباره آن رفتار صحت داشته باشند:

۱. کودک این رفتار را به نحوی مفرط انجام می‌دهد (اگر برای پاسخ‌دادن نیاز به فکرکردن دارید احتمالاً آن جنبه از رفتار کودکان مفرط محسوب نمی‌شود).

و

۲. این رفتار قبل از سن ۷ سالگی شروع شده و حداقل به مدت ۶ ماه گذشته و در موقعیت‌های مختلف (مدرسه و خانه) ادامه داشته است.

مربع مربوط به هر گزینه را علامت‌گذاری کنید اگر کودک شما:

□ اغلب با دست‌ها و پاهایش ور می‌رود و در جایش وول می‌خورد.

□ زمانی که لازمست روی صندلی نشسته باشد (مثلاً موقع صرف غذا) دائماً صندلی خود را ترک می‌کند.

□ غالباً به نحوی نامناسب و مفرط می‌دود یا از جایی بالا می‌رود.

□ غالباً در این که بی‌سروصدا بازی یا فعالیت‌های تفریحی کند مشکل دارد.

پرسشنامه غربالگری بیش‌فعالی (ادامه)

- دائماً در حال حرکت بوده و به‌نحوی حرکت می‌کند که گویی سوار بر یک موتور است.
- اغلب زیاده از حد حرف می‌زند.
- غالباً قبل از تمام شدن سؤال، پاسخ را فریاد می‌زند یا از دهانش بیرون می‌پرد.
- در بازی‌ها یا موقعیت‌های دیگر قادر نیست منتظر نوبتش بماند.
- میان حرف دیگران می‌دود یا سرزده وارد شده و خود را تحمیل می‌کند - مثلاً در مکالمات یا بازی‌ها، دخالت بیجا می‌کند.
- اگر بیش از شش مورد را علامت زده‌اید بهتر است با پزشک خانواده‌تان ملاقاتی داشته باشید و نحوه رفتار کودکتان را با او در میان بگذارید.

پزشک شما چه می‌تواند بکند؟

پرسشنامه‌ای که تکمیل کرده‌اید، توصیف خوبی از رفتارهایی که منجر به نگرانی شما شده‌اند، به پزشک خانواده ارائه می‌کند. به محض این که پزشک خانوادگی‌تان این اطلاعات را در اختیار داشته باشد، معمولاً با کمک گرفتن از یک سری افراد متخصص مثل متخصص اطفال، روان‌پزشک کودکان، روان‌شناس تربیتی و معلم فرزند شما، ارزیابی کاملی را آغاز خواهند کرد. این متخصصین مطمئناً

از شما به عنوان والدین کودک سؤالاتی خواهند پرسید، چرا که شما بهتر از همه فرزند خود را می‌شناسید. هیچ تست واحدی، برای تشخیص بیش‌فعالی وجود ندارد، پس خودتان را برای روند طولانی ارزیابی آماده کنید. احتمال دارد که ارائه شرح کاملی از تاریخچه پزشکی کودک، زمینه خانوادگی و همچنین تجارب آموزشی کودک نیاز باشد، همچنین احتمال دارد که یک ارزیابی رسمی توسط متخصص اطفال و یا روان‌پزشک کودکان در کلینیک از فرزند شما به عمل آید که حداقل ۲ ساعت به طول می‌انجامد.

چگونه می‌توان به فرزند من کمک کرد؟

وقتی ببینید با ارزیابی مناسب و با کمک متخصصین دلسوز، کودک بیش‌فعال شما می‌تواند تبدیل به فردی شاد و موفق‌گردد، خیالتان راحت خواهد شد.

گرچه، زندگی با یک کودک بیش‌فعال آسان نیست، ولی خاطرجمع باشید که والدین بسیار زیادی به مانند شما، این فشار، نگرانی و استیصال را تجربه می‌کنند. امروزه درمان یک کودک بیش‌فعال یکی از داغ‌ترین بحث‌های رسانه‌هاست و دو تفکر اصلی و غالباً مخالف در این زمینه وجود دارند:

- دسته‌ای از افراد معتقدند که بیش‌فعالی بدون کمک دارو قابل کنترل است و حتی برخی از آنها معتقدند که اصولاً تجویز دارو در این زمینه اشتباه است.
- گروهی دیگر بر این باورند که رفتارهای ناشی از بیش‌فعالی به نحو مؤثری توسط دارو قابل کنترل هستند.

نکات کلیدی

- ✓ رفتار بیش‌فعالی یا آنی ممکن است گهگاه در غالب کودکان خردسال دیده شود.
- ✓ رفتار بیش‌فعالی لزوماً تقصیر کودک یا والدین او نیست.
- ✓ رفتار یک کودک ممکن است تحت کنترل او نباشد.
- ✓ کودکی که میزان قابل توجهی از رفتار افراطی را نشان می‌دهد ممکن است به بیماری کم‌توجهی / بیش‌فعالی مبتلا باشد.
- ✓ دلایل اصلی ایجاد بیش‌فعالی هنوز شناخته نشده است.
- ✓ تصور می‌شود که بیش‌فعالی یک اختلال ژنتیکی است و ربطی به تربیت غلط ندارد.
- ✓ بیش‌فعالی پسرها را بیشتر از دخترها درگیر می‌کند و میزان شیوع آن در پسر بچه‌ها نسبت به دختر بچه‌ها ۴ به ۱ است.
- ✓ اگر نگران رفتار کودکان هستید با پزشک خانوادگی‌تان مشورت کنید.
- ✓ پزشک خانوادگی‌تان اطلاعات مورد نیاز شما درباره رفتار نگران‌کننده کودکان را می‌دهد.
- ✓ ممکن است به تیمی از متخصصان ارجاع داده شوید تا فرزند شما را به‌طور کامل ارزیابی کنند.
- ✓ مدرسه کودکان را در جریان ماجرا قرار دهید، بدین ترتیب می‌توانید با کمک آنها ارزیابی کودک را تکمیل کنید.