

با کودک بیش فعال چه کنم

در جهان امروز بسیاری از بیماری‌های اختلال رفتاری مانند بیش‌فعالی (ADHD) در نخستین سال‌های کودکی، یک معضل اجتماعی محسوب می‌شود ...



جام جم آنلاین: در جهان امروز بسیاری از بیماری‌های اختلال رفتاری مانند بیش‌فعالی (ADHD) در نخستین سال‌های کودکی، یک معضل اجتماعی محسوب می‌شود زیرا برخی از این کودکان علاوه بر این که از بدو تولد با گریه و حرکات ناموزون باعث سردرگمی والدین و پزشکان می‌شوند، مشکلاتی از قبیل عدم کنترل گردن از ابتدای تحریک نیز دارند. در چنین مواقعی اگر پزشک متخصص تجربه کافی از مسائل تکاملی داشته باشد، می‌تواند حتی از سن شش ماهگی تا دو سالگی مشکوک به این اختلال شود.

همچنین والدین نیز می‌توانند با مشاهده افزایش حرکات بی‌هدف کودکان‌شان در شناسایی این اختلال به پزشکان کمک کنند.

اصولا علائم ظاهری این اختلال از سن حدود دو تا سه سالگی براحتی برای هر شخصی قابل تشخیص است زیرا در این سنین است که حرکات بی‌هدف، نامربوط و بی‌اختیار در این کودکان مشاهده و از این سنین است که برچسب بیش‌فعالی به این کودکان زده می‌شود، اما سوالی که بیشتر ذهن‌ها را متوجه خود می‌کند، این است که چرا برخی کودکان دچار اختلال بیش‌فعالی می‌شوند؟ مگر در مغز این افراد چه حادثی اتفاق افتاده است که آنان را مبتلا به این عارضه کرده و کنترل حرکات را از دست‌شان خارج می‌کند؟ از همه مهم‌تر چرا این نوع اختلال رفتاری، یک معضل جدی اجتماعی محسوب می‌شود؟

معمولا اختلال بیش‌فعالی بنا بر دلایل متعددی مانند مسائل ژنتیکی و مشکلات صدمات مغزی همچون عفونت‌های مغزی و نارسایی تکاملی مغزی (تولد زود هنگام نوزاد در 37 هفته و وزن کمتر از 2500 گرم) به وجود می‌آید. هر چه این نارسایی‌ها بیشتر باشد، امکان اختلال اشکالات رفتاری بیشتر می‌شود.

بتازگی مستندات قوی علمی با به‌کارگیری مانیتورهای مختلف در سنین کودکی بویژه زیر سه سال نشان داده‌اند که ساختار مرحله به مرحله توجه و تمرکز این کودکان به وسیله کاربرد زودرس تصویرهای مجازی به هم ریخته می‌شود یعنی هنوز ساختار دید اجسام واقعی برای مغز این کودکان شکل نگرفته است.

این کودکان با به‌کارگیری مانیتورهای گوناگون، این اجسام را از طریق صفحه‌های مانیتور (تلویزیون، کامپیوتر و موبایل) مشاهده می‌کنند. به باور آنها این اجسام مجازی بصورت واقعی دیده می‌شوند.

مشخصه‌های یک کودک بیش‌فعال

بیش‌فعالی دو جزء اصلی دارد. یک جزء آن اشکال در توجه و تمرکز و جزء دوم آن به صورت حرکات بیش از حد است.

بیش‌فعالی بر حسب شدت آن به انواع مختلف تقسیم می‌شود. با وجود این که مساله مشکلات توجه و تمرکز، موجب صدمات تحصیلی و رفتاری می‌شود، نوع پرتحرکی این عارضه بیش از همه در جامعه ملموس‌تر و مشهود است.

برای فهم بهتر پرتحرکی و ارتباط آن با اشکالات تمرکز، بهتر است ابتدا به فرآیند اشکالات سیستم مغزی، نخاعی به زبان ساده پرداخته شود.

به طور فرضی نیمکره‌های مغز را از وسط پیشانی تا انتهای پشت سر به صورت باز شده مجسم و هر نیمکره را به شکل یک پله هندوانه تشبیه می‌کنیم.

اگر این هندوانه را از ناحیه پوست و خارج آن بنگریم، در وسط قسمت پوست خارجی این نیمکره (هندوانه فرضی) شیار وجود دارد. این شیار باز نیم پله هندوانه را تقریباً به دو جزء تقسیم می‌کند که به آن شیار مرکزی گفته می‌شود.

اطراف این شیار دو شکنج وجود دارد؛ قسمت عقبی را منطقه اولیه و اصلی حسی و قسمت جلویی آن را منطقه حرکتی می‌گویند. این مناطق مسوول اولیه انجام اعمال حسی و حرکت هستند.

پیام‌های تمام حس‌های بدن، سر و صورت ابتدا به مراکز اصلی و اولیه حسی می‌رسد و پس از آن هر گاه حرکتی انجام بگیرد این دو منطقه ناحیه اصلی مسوول اجرای حرکات می‌شوند.

در شرایطی که حرکات با کنترل کامل انجام شود، منطقه‌ای زیر نیمکره‌های مغز، درست بالای ساقه مغز وجود دارد که دارای پنج منطقه تجمع عصبی (هسته‌های قاعده‌ای مغز) است.

بین این هسته‌ها ارتباط بسیار پیچیده و متنوعی وجود دارد که با واسطه‌های شیمیایی متعدد، این ارتباط کنترلی را شکل می‌دهند. در مجموع اعمال اولیه آنها کنترل اعمال حرکتی، احساسی و شناختی است.

در مرحله اول، این منطقه دستور می‌دهد اعمال حرکتی چگونه انجام شده و از نظر بار احساسی، شناختی و عمل حرکتی در چه حدود و میزانی اجرا شود.

افرادی که این منطقه‌شان خوب کنترل نمی‌شود، معمولاً در حرف زدن، مقدار صحبت کردن و نوع صحبت کردن، کنترل کمی داشته یا اصلاً کنترلی ندارند.

در عمل حرکتی، عملکرد کورتکس فرد به حد مناسب کنترل می‌شود. مثلاً یک بسکتبالیست یا یک والیبالیست زمانی می‌تواند به قهرمانی برسد که علاوه بر مهارت بازی به چگونگی و نوع حرکات دست و پای خود نیز کنترل کاملی داشته باشد.

گاهی هنگام بازی، بعضی بازیکنان اعمال و حرکات هنرمندانه اجرا می‌کنند که این اعمال ظریف و کنترل شده آنها به وسیله این هسته‌ها انجام می‌شود.

دیده می‌شود کودکان بیش‌فعال در اجرای اولیه این کنترل اشکال دارند. کنترل این قسمت باید در دو تا چهار سال اولیه عمر شکل بگیرد بنابراین لازم است در این سن برنامه توانبخشی کنترل اعمال اولیه حرکتی شکل گیرد.

پس از این دو ناحیه و هسته‌های قاعده‌ای مغز، جلوی قسمت اولیه منطقه حرکتی، منطقه ثانویه حرکتی (مسوول چگونگی انجام حرکات مختلف) و جلوتر از آن نیز منطقه تفکری حرکت قرار دارد.

در ناحیه تحتانی این منطقه، شکنجی (درست قسمت داخلی هندوانه فرضی) وجود دارد که به آن شکنج هلالي یا شیار «سینگولا» گفته می‌شود.

سمت جلویی آن دو ناحیه دارد که تعیین می‌کند انجام چه حرکتی خوب یا بد است.

تعادل عملکردی این دو ناحیه در عمق ناحیه تفکری حرکتی به هم می‌ریزد.

این کودکان نمی‌توانند اختلالات خوب یا بد را هنگام حرکت تشخیص دهند. لازم به ذکر است، این بدعملکردی حرکتی حتی در حرکات چشم نیز وجود دارد. این موضوع خود می‌تواند مزید بر ارتباط تنگاتنگ بیش‌فعالی با اختلال توجه و تمرکز باشد.

این کودکان درمان می‌شوند

ابتدا لازم است برای تکامل سیستم توجه و تمرکز کودک در سه ماهه اول زندگی، بوسیله نورهای سایه و روشن، سیستم اولیه نوری توجه و تمرکز کودک را تقویت کنیم. برای تحقق این کار ضروری است که سطح ساقه مغز در شرایط نور بسیار محدود و حتی تاریک قرار داده شود.

بخصوص با به‌کاربردن سیستم بینایی در فضای تاریک، این سیستم به مناسب‌ترین مسیر تکاملی توجه و تمرکز هدایت خواهد شد.

بعدها این مسیر برای دیدن شکل حقیقی اجسام، سرعت و عمق به کار گرفته می‌شود. به همین دلیل لازم است سیستم بینایی شیرخوار در سه‌ماهه اول تحت بررسی قرار گیرد.

چنانچه از ابتدای تولد شیرخوار، سلول‌های مخصوص توجه و تمرکز بخوبی شکل نگیرد، پایه‌های اولیه دیدن برای توجه آنی و تمرکز

فوري كودك مورد آسيب قرار خواهد گرفت.

در سنين بالاتر از سه سالگي ضرورت تكامل اين سلولها براي توجه و تمرکز و ديدن اجسام واقعي در بازيهاي كودكانه مشاهده مي شود، اما با ديدن بازيهاي كامپيوتري، اجسام مجازي مانند بازيهاي مختلف جنگي و خشونتهاي مجازي داخل بازي به اشتباه در ذهن اين كودكان واقعي جلوه داده مي شود.

مستندات، تحقيقات علمي و يافتههاي روزافزون علم اعصاب كودكان نشان داده است كه سيستم توجه و تمرکز كودكان محيطهاي شهري با قرارگرفتن زير چراغهاي پرنور و مشاهده صفحات مانيتوري از ابتدا دچار لطمه و صدمات شديد مي شود بنابراین بهترين شرايط ارتقاي تكامل اعصاب كودكان زير سه و چهار سال، بازي با اجسام واقعي و قرارگرفتن در محيط تاريخ است.

به همين دليل ديده مي شود سلولهاي تاريخي (سلولهاي استوانه اي) كودكان فقير شهرستاني با وجود گرفتاريهاي متعدد والدينشان مانند فقر و كار زياد و رسيدگي نكردن درست تربيتي و آموزش، صحيح تر شكل مي گيرد زيرا سلولهاي اين كودكان از شيرخوارگي با نور چراغ نفتي تكامل يافته و اكثرا براي ديدن اجسام و پيمودن راههاي خشن و پرخاك و خاشاك و ناهموار مجبور بودند به دقت اين سلولها را به كار گيرند تا سنگي زير پايشان گير نكند كه منجر به صدمه و شكستگي اندام آنان شود.

همچنين اين كودكان در بازيهاي كودكانه خود از اجسام طبيعي مانند گل، خاك، شن، چوب و اشيائي قابل دسترس استفاده کرده اند كه در تكامل اين سلولها بسيار موثر است.

نقش توانبخشي در درمان

توانبخشي با درست كردن فرآيندهاي حسي و تنظيم اعمال حركتي و تعريف تمام اعضاي بدن مي تواند بمرور و بتدریج به توانمنديهاي قابل توجه برسد.

بعنوان مثال اگر كودك را در استخري قرار دهيم كه نور استخر مختصر باشد و با او بازي كنيم، ديگر در كودك آن حالت جست و خيز و تحركات بي هدف كمتر مشاهده مي شود بلكه او بيشتر به شما و دست شما كه براي او به كار مي گيريد، توجه مي كند و به مرور متوجه بدن خود مي شود و پس از آن با اختيار مغز، دستها و پاهایش را به حرکت درمي آورد.

چنانچه از علوم اعصاب و تمرينات توانبخشي بخوبي استفاده شود، بتدریج توجه و تمرکز و اعمال حركتي كودك طبق تصميم گيري او انجام خواهد شد، اما اگر فرآيند غيرطبيعي (پاتولوژيك) ادامه يابد و كودك به شش يا هفت سالگي برسد، در آن صورت علاوه بر تثبيت اشكالات ذكرشده، اعمال و حرركات بي هدف چشم و دست و پا، در مخچه كودك سازمان و جا يگاه خاص خود را پيدا مي كند و اصطلاحا عادت او خواهد شد.

در اين صورت اقدامات توانبخشي، هم به زمان بيشتري احتياج دارد و هم نسبت به سنين پايين كم اثرتر خواهد شد.

علاوه بر آن، كودك از نظر احساس شناختي، آموزشي و حتي صحبت كردن نيز دچار اشكال مي شود و به كلاسهاي متعددي نياز پيدا خواهد كرد و مقدار بهبودي نيز بسيار مختصر و نامحسوس مي شود بنابراین، بهترين زمان تاثير توانبخشي روي كودكاني با اختلال رفتار، سنين پايين است؛ زماني كه حتي پزشكان نيز به طور مشكوك برچسب بيشفعالي را به كودكان مي زنند. آيندهاي ناخوشايند در انتظار كودكان بيش فعال

در ابتدای شروع علائم اوليه، اين كودكان افراد خانواده خود را آزار مي دهند و با گذشت زمان اسباب زحمت اطرافيان و اقوام خود مي شوند.

معمولا رفتار كودك بيش فعال غيرقابل كنترل است. به عنوان مثال ممكن است اين كودك تمام ظروف شكستني منزل را به صورت مستقيم يا غيرمستقيم از بين ببرد.

در حقيقت اين كودكان متوجه اين موضوع هستند كه اين وسايل براي استفاده خانواده لازم است، اما احتمال دارد زماني كه به ظرفي دست مي زنند، در بين عمل حركتي خود به فكر حركتي ديگري باشند و بي اختيار آن ظرف را به زمين بيندازند.

در این شرایط است که با مقاومت و تذکر شدید والدین و اطرافیان مواجه می‌شوند و به دلیل این که قصد شکستن ظرف را نداشتند، از این برخوردهای والدین خود دلزده و ناراحت می‌شوند بنابراین ممکن است عکس‌العمل نامناسبی انجام دهند و حالت‌های غیرطبیعی به خود گیرند و به مرور در اثر تذکرها و گاهی تنبیه‌های مختلف، با همبازی‌های خود درگیر شوند به طوری که اعمال ضداجتماعی او به طور مشخصی قابل مشاهده باشد.

طبق آمار و مستندات کشورهایمانند آمریکا، هم‌اکنون بیش از 50 درصد نوجوانان زندانی جزو کودکان بیش‌فعال بوده‌اند.

طبق این نظریه، این کودکان ابتدا خواستار انجام خطایی نبوده اما با ملامت و سرزنش اطرافیان مواجه شده‌اند و بتدریج به علت انجام کارهای ناشایست مکرر از مدرسه اخراج شده و کار به مسائل و رفتارهای غیرقانونی کشیده شده است.

این مساله در کودکان با ضریب هوشی بالاتر بیشتر دیده می‌شود بنابراین در صورت درمان‌نکردن زودرس چنین کودکانی، از هر دو نفر آنها یک نفر می‌تواند به سمت کارهای غیرقانونی کشیده شود. (جام جم - ضمیمه سیب)

دکتر حسین کریمی - متخصص توانبخشی اعصاب اطفال