

کودکان بیش فعال چه ویژگی‌هایی دارند؟



جواد گل میرزایی در گفت‌وگو با خبرنگار بهداشت و درمان فارس، اظهار داشت: اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، 2 جزء بارز دارد. یک جزء آن کمبود توجه است...

جواد گل میرزایی در گفت‌وگو با خبرنگار بهداشت و درمان فارس، اظهار داشت: اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه، 2 جزء بارز دارد. یک جزء آن کمبود توجه است؛ این‌ها کودکانی هستند که جزئیات را فراموش و وسایل فرد را بیش از حد گم می‌کنند. معمولاً حرف‌ها یادشان می‌رود و باید حرف را چندین بار برای آنها تکرار کنی. همچنین کارهایی مانند درس خواندن که توجه مدام می‌خواهد را دوست ندارند.

وی افزود: مبتلایان معمولاً حواس‌پرتی دارند و به محرک‌های کم اهمیت حساس هستند، مثلاً وقتی معلم در حال درس دادن است، اگر پرنده‌ای پشت پنجره باشد حواس آنها پرت می‌شود.

این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، مشکل در سازماندهی را دیگر ویژگی منفی مبتلایان عنوان و ادامه داد: سازماندهی کار این کودکان با مشکل همراه است مثلاً برای درس خواندن باید مقدمات اولیه مانند انتخاب جای مناسب، کتاب و لوازم التحریر را فراهم کرد و سپس کارها را به ترتیب انجام داد، اما مبتلایان نمی‌دانند باید کارها را به چه ترتیبی انجام دهند.

وی افزود: مبتلایان به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، فراموشکار هستند و یادشان می‌رود پیغام‌ها را به افراد برسانند. نکته مهم این است که ممکن است دیگران نیز این مشکلات را داشته باشند اما تفاوت‌اش با مبتلایان این است که این رفتارها برای این کودکان بیش از حد تکرار می‌شود.

این متخصص حوزه بهداشت روان با تأکید به والدین برای توجه به فراوانی رفتار کودکان گفت: والدین حتماً باید به فراوانی رفتار توجه کنند و افت عملکرد تحصیلی و اجتماعی را مدنظر قرار دهند. منظور این است که این رفتارها باید عملکرد تحصیلی و اجتماعی فرد را مختل کند تا تشخیص اختلال داده شود.

وی تکان خوردن و استعداد کارهای خطرناک را جزو دیگر ویژگی‌های مبتلایان به اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه برشمرد و افزود: این کودکان از جاهای بلند می‌پرند، وقتی که باید سر کلاس بنشینند راه می‌روند و حتی ممکن است از کلاس بیرون بروند.

گل میرزایی اظهار داشت: تکانشگری ویژگی دیگر مبتلایان است که از بیش‌فعالی نشات می‌گیرد و بر اساس آن این کودکان عجول بوده و نمی‌توانند در صف بایستند. در واقع رعایت نوبت برای آنها مشکل است. عجول بودن مبتلایان موجب می‌شود تا قبل از پایان سؤال معلم به آن پاسخ بدهند.

وی ادامه داد: بعضی از این کودکان علایم بی‌توجهی را نشان می‌دهند، برخی علایم بیش‌فعالی و در برخی نیز علایم مخلوط است و هر 2 را دارند.

این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان گفت: معمولاً مادران کودکان را به خاطر جنب و جوش زیاد به درمانگاه می‌آورند، اما با افزایش سن، حواس‌پرتی عامل ارجاع به درمانگاه‌ها، روانشناختی و روانپزشکی می‌شود.

وی تأکید کرد: برخی به اشتباه می‌پندارند که اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه فقط مختص کودکان است؛ در حالی که این اختلال می‌تواند در بزرگسالان هم دیده شود. شیوع در کودکان 5 تا 12 درصد است هر چند در برخی کتاب‌ها تا 20 درصد هم ذکر شده است ولی در بزرگسالان 4.4 درصد کم توجهی به بیش‌فعالی دیده می‌شود.

این متخصص حوزه بهداشت روان با اشاره به اهمیت درمان کم توجهی، بیش‌فعالی گفت: مبتلایان در مرحله مهد کودک، پیش دبستانی و دبستان به خاطر جنب و جوش زیاد و فراموشی مورد تذکر معلم قرار می‌گیرند این تذکرها زیاد بر اعتماد به نفس آنها اثر می‌گذارد. به تبع آن از سوی والدین نیز فیدبک منفی گرفته و مورد سرزنش قرار می‌گیرند. این کودکان مدام می‌ترسند که مورد سرزنش قرار گرفته و همین موضوع اعتماد به نفس آنها را پایین می‌آورد که می‌تواند آنها را مستعد افسردگی و اضطراب کند.

وی ادامه داد: مبتلایان به دلیل فراموشکاری ممکن است از نظر تحصیلی پیشرفت نکنند. هوش آنها مانند سایر کودکان است اما به خاطر حواس پرتی از نظر تحصیلی متناسب با هوششان پیشرفت نکرده و از تحصیل باز می‌مانند.

این فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان، هوش زیاد برخی مبتلایان را عاملی در عدم تشخیص زود هنگام این اختلال ذکر کرد و افزود: هوش بالا موجب می‌شود تا والدین در سال‌های اولیه دبستان متوجه افت تحصیلی کودکان نشوند.

وی تصریح کرد: وجود علائم مشترک در مبتلایان موجب شکل‌گیری گروه شده و آنها را مستعد کارهای خلاف می‌کند که تربیت آنها را نیز با مشکل مواجه کرده به همین سبب کنترل و تربیت این کودکان در خانه و مدرسه مشکل می‌شود.

گل میرزایی اذعان داشت: اگر بی‌توجهی و بیش‌فعالی در کودکی درمان شود احتمال ابتلا به بیش‌فعالی - کم‌توجهی را در بزرگسالی کاهش و در صورتی که درمان نشود، احتمال اختلال سلوک را افزایش می‌دهد.

وی افزود: مبتلایان به اختلال سلوک رفتارهایی انجام می‌دهند که حقوق دیگران و هنجارهای اجتماعی متناسب با سن را نقض می‌کند و پرخاشگری، سرقت و دروغ‌گویی ویژگی‌های آن است.

این متخصص حوزه بهداشت روان گفت: 50 درصد موارد، 12 تا 20 سالگی حتی بدون دارو نیز درمان می‌شوند. نکته این است که آنهایی که در 12 سالگی درمان می‌شوند، سال‌های تحصیلی خوب و تربیت را به خاطر بازخورد منفی از دست داده‌اند.

وی زمان مصرف دارو در مبتلایان را نامشخص عنوان کرد و افزود: مشخص نیست که مبتلایان تا چه زمانی باید دارو بگیرند. تنها نکته قابل ذکر در این خصوص این است که مبتلایان حتماً درمان شوند تا احتمال افسردگی و اضطراب و دیگر مشکلات آنها نیز کمتر شود.

وی با بیان لزوم روان‌درمانی در مبتلایان با علائم خفیف تصریح کرد: آموزش فرزندپروری (PMT) برای نوع و چگونگی تشویق و تنبیه این کودکان از سوی والدین آنها بسیار حائز اهمیت است. در موارد خفیف فقط درمان‌های رفتاری باید انجام شود و موارد شدید نیز نیاز به دارو درمانی دارد.

وی افزود: ریتالین به عنوان داروی اختصاصی اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه همراه با عوارضی مانند کم‌اشتهایی، سردرد و درد سر دل است اما سود بیشتری نسبت به عوارض آن دارد مبتلایانی که ناچار به مصرف ریتالین به مدت طولانی هستند نگران عوارض آن نباشند.

این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، با اشاره به عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در ابتلا به این اختلال خاطر نشان کرد: عدم تعادل ناقل‌های عصب - رسانه، ژنتیک و تعدادی از ریز فاکتورها مانند کودکان نارس، مسمومیت با سرب، پدر و مادر سیگاری و قلیانی و داروهایی که مادر در زمان بارداری مصرف کرده در ابتلا به این اختلال مؤثر است.