

جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم والبحث العلمي
جامعة المنارة
كلية الصيدلة

مشروع تخرج اعد لنيل شهادة البكالوريوس في الصيدلة
بعنوان

العلاج السلوكي عند أطفال فرط النشاط ناقص الانتباه

**Behavioral therapy in children with
attention deficit hyperactivity disorder**

ADHD

**Attention Deficit
Hyperactivity Disorder**



2022-2021

إعداد :

آية يوسف

إشراف :

د. أسامة العنان

كلمة شكر وتقدير

في البداية أريد أن أبعث بطاقة شكر وامتنان إلى
الدكتور الفاضل أسامة العنان الذي كان يرسم لي
خطوات النجاح والإنجاز السليم
وبطاقة شكر إلى عميدة كلية الصيدلة في جامعة
المنارة ...

الدكتورة كندة درويش

وأقدم بالشكر للدكتور شوقي غانم على توجيهاته
وخبراته التي قدمها لي في هذا المشروع

الفهرس

1	المقدمة
3	تاريخ
4	احصائيات
6	أنواع اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه
8	الأمراض والاضطرابات التي يمكن غالبا الخلط بينها وبين اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه
8	أسباب اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه
9	العوامل الوراثية
10	العوامل العصبية
10	العوامل المرتبطة بالنظام الحسي
11	العوامل البيئية
11	العوامل اجتماعية
11	تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه
16	ميزات التشخيص
18	خطة العلاج
18	العلاجات السلوكية
19	العلاج الدوائي
24	تدريب الوالدين
24	استخدام العلاج المعرفي السلوكي CBT عند الأطفال المصابين بفرط النشاط ناقص الانتباه ADHD
28	نهج العلاج السلوكي للأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه
30	النحو الطبي السلوكي للأطباء المختصين في العلاجات السلوكية عند الأطفال
	مقارنة تأثيرات العلاج المعرفي السلوكي وحده مقابل العلاج المعرفي السلوكي المقترن بالأدوية (CBT + M) على
34	الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والنتائج الوظيفية الاجتماعية
34	الاستراتيجيات السلوكية
34	الاستراتيجيات المعرفية
	مقارنة فعالية وسلامة التدخلات الدوائية والنفسية والتكميلية والطب البديل لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه
36	لدى الأطفال

38	..... مساوئ العلاج الدوائي والسلوكي.....
	التدخلات الصحية الرقمية (DHI) لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD) عند الأطفال - مراجعة مقارنة
38	..... للأدبيات بين العلاجات المختلفة و DHI.....
40	..... الهدف.....
40	..... منهجية البحث.....
40	..... العلاج الرقمي.....
42	..... تأثير ألعاب الفيديو على الوظائف الإدراكية وبنية الدماغ.....
43	..... فوائد ممارسة ألعاب الفيديو.....
44	..... القيود.....
45	..... مزيد من البحوث.....
52	..... الخلاصة.....
55	..... المراجع.....
55	..... المراجع العربية.....
55	..... المراجع الأجنبية.....

المقدمة :

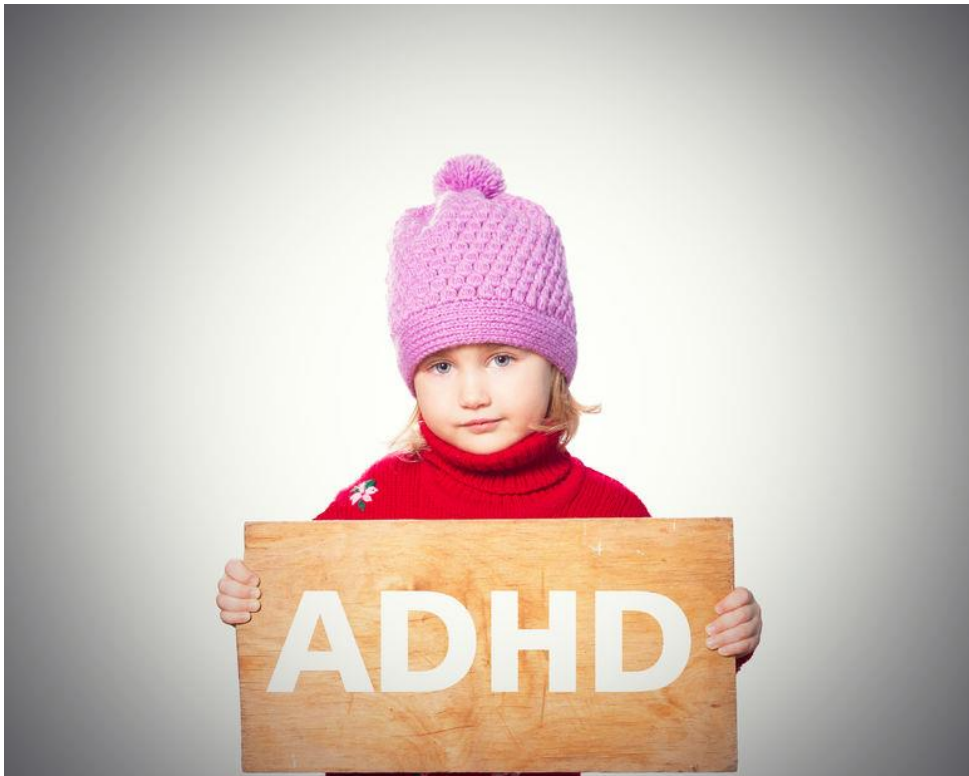
اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD) هو الاضطراب السلوكي الأكثر شيوعاً عند الأطفال وانتشاره أخذ في الازدياد، يعد هذا الاضطراب أحد المشكلات النفسية المحددة جيداً والأكثر أهمية في مرحلة الطفولة ، وهو اضطراب يبدأ في مرحلة الطفولة يتميز بنمط مستمر من الأعراض غير الملائمة من الناحية التطورية وضعف الانتباه و/أو فرط النشاط / الاندفاع ، مع استمرار الصعوبات في كثير من الأحيان حتى مرحلة البلوغ . يعتقد أن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه حالة سلوكية ذو منشأ عصبي منذ الطفولة عند الفرد ، وهي تسبب نموذج من تصرفات تجعل الطفل غير قادر على إتباع الأوامر أو السيطرة على تصرفاته أو يجد صعوبة بالغة في الانتباه للقوانين وبذلك هو في حالة إلهاء دائم بالأشياء الصغيرة . المصابون في هذه الحالة يواجهون صعوبة في الاندماج في صفوف المدارس والتعلم من مدرسيهم ، ولا يتقيدون بقوانين الصف مما يؤدي إلى تدهور الأداء المدرسي لدى هؤلاء الأطفال بسبب عدم قدرتهم على التركيز وليس لأنهم غير أذكياء ، لذلك يعتقد أغلبية الناس أنهم مشاغبون بطبيعتهم يشكل التعامل مع الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه تحدياً كبيراً لأهاليهم ولمدرسيهم في المدرسة وحتى للطفل نفسه أحياناً هذه الحالة لا تعتبر من صعوبات التعلم ولكنها مشكلة سلوكية عند الطفل ويكون هؤلاء الأطفال عادة مفرطي الحركة واندفاعيين ولا يستطيعون التركيز على أمر ما لأكثر من دقائق فقط ، ويشكل وجود طفل مصاب بهذه الحالة مشكلة حقيقية أحياناً للأهل وحتى الطفل المصاب يدرك أحياناً مشكلته ولكنه لا يستطيع السيطرة على تصرفاته ويجب على الوالدين معرفة ذلك ومنح الطفل المزيد من الحب والحنان والدعم وعلى الأهل كذلك التعاون مع الأطباء والمعالجين والمدرسين من أجل كيفية التعامل مع الطفل، ويقدم الأطباء الذين يرثون مريضاً بتشخيص سابق باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه مراجعة عملية التشخيص والأعراض الحالية واحتياجات العلاج. يجب تحديد وعلاج حالات التعايش (مثل القلق أو التعلم أو الحالة المزاجية أو اضطرابات النوم).

اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD) هو اضطراب نمائي عصبي مزمن يتميز بمستويات من فرط الحركة - الاندفاعية و/أو عدم الانتباه، والتي تكون غير متلائمة مع مرحلة النمو.

وقد اعترفت جميع منظمات السلطة ذات الصلة بالصحة، وخاصة منظمة الصحة العالمية والجمعية الأمريكية للطب النفسي بهذا المرض .

على الصعيد العالمي، يُعالج ADHD في نماذج رعاية مشتركة متنوعة بين الرعاية الأولية والثانوية بما يتناسب مع موارد البلد وثقافته وطبيعة الممارسة فيه . لا توجد أدلة إرشادية سريرية موحدة لعلاج ADHD في سوريا ،حيث يتم علاجه في بيئات متعددة باستخدام الموارد المتاحة، وكثيرا بشكل غير ملائم أو غير فعال . غالبا يتم وصف المنشطات لعلاج ADHD بالإضافة إلى الدواء، يشمل مصطلح العلاج التدخلات السلوكية والنفسية الاجتماعية التي يتم تنفيذها في العديد من المدارس والبيئات الأخرى ، يُقدم العديد من علماء النفس في المراكز الخاصة والحكومية مثل هذه العلاجات، وكذلك برامج تعليم خاص في بعض المدارس وينتج عن ذلك تباين كبير في الممارسة السريرية، ويجعل نوعية الرعاية دون المستوى الأمثل.

يُعد ADHD واحدا من الاضطرابات التي تم بحثها جيداً، كما أن فهمنا له من النواحي الوبائية والإمراضية والعلاجية يتقدم باستمرار، كما يتضح من العدد الكبير من الدراسات حوله المنشورة في العالم، بما في ذلك في العالم العربي .ومن المعروف به أنه يُشكل عبئاً كبيراً إذا لم يتم التعرف عليه بشكل مناسب وبقي بدون علاج .



تاريخ :

على عكس الاعتقاد الشائع اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ليس مرض العصر الحديث، وصفت الأدبيات الطبية اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه منذ زمن طويل حيث كان أول من وصف الأطفال الذين يعانون من شدة الاندفاع وفرط الحركة في سلوكهم هو الطبيب النفسي الألماني هاينريش هوفمان (1809 - 1894) وأطلق على هذه المشكلة السلوكية "الجنون التلقائي" أو " قصور القدرة على المنع" defective inhibition عام 1844 نشر هاينريش هوفمان كتاب "Kipir Kipir Phill"، وكان بطل الرواية لديه اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، وقام طبيب الأطفال جورج ستيل عام 1902 بنشر مقال في اللانست Lancet حيث وصف أطفال لديهم هياج حركة ومشاكل في الانتباه وصعوبة في التحكم في اندفاعهم والحاجة إلى المكافأة الفورية وقد عزا في وصفه هذه الخصائص السلوكية إلى أن هؤلاء الأطفال ليس لديهم "اعتبار للآخرين" أو ليس لديهم مراعاة للآخرين، وأطلق على هذا الإضطراب "نقص التحكم الأخلاقي".

ويعتبر سوء الإدراك التاريخي السابق نموذجاً ممثلاً لقصر النظر الشائع المرتبط بأعراض اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة حيث كثيرا ما يساء تفسير الأطفال المصابين به على أنهم يتحكمون في سلوكهم وأنهم مسئولون عما يظهر عليهم من أعراض ، وقد تم ربط هذه المتلازمة في العقود التالية بالإصابة أو اعطاب بالمخ وسمى اضطراب عطب المخ البسيط minimal brain damage. ونتيجة لهذا الاسم تحولت حالة الاضطراب من مشكلة اخلاقية إلى مشكلة بيولوجية لكنه حمل معه سوء فهم الحالة بأن جعلها نتيجة لعطب بمخ الأطفال. وأدرك المتخصصون بعد ذلك أن بعض الاطفال الذين يعانون الاضطراب لا تظهر عليهم علامات عطب ظاهر بالمخ وبالتالي تغير اسم الاضطراب إلى "سوء الأداء الوظيفي البسيط بالمخ minimal brain dysfunction ووصف كرامر بولنو اضطراب في 1934 في فئة أطلق عليها Hyperkinetice Erkrankung فرط الحركة .

تم تعريف اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه علميا لأول مرة منذ أكثر من 100 عام في 1902 في لانست ، ذكر طبيب الأطفال جورج فريدريك ستيل أن بعض الأطفال كانوا أكثر

نشاطا وكانوا يعانون من صعوبات أكاديمية على الرغم من عدم وجود اعاقات ذهنية لديهم، وكانوا يواجهون صعوبة في تعلم القواعد الأخلاقية ، تحدد هذه الأعراض الثلاثة المعايير المطلوبة لتشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه اليوم .

في السنوات اللاحقة تم تسمية هذا الاضطراب المشار إليه بأسماء مختلفة في أنظمة التصنيف العلمي << اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه >> في عام 1987 .

يعد اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه أحد أكثر الاضطرابات التي تم بحثها وله أعلى درجة من صحة التشخيص .



احصائيات:

ينتشر اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بنسبة 10% تقريبًا لدى الأطفال مع وجود أدلة تدعم استمراره حتى مرحلة البلوغ.

توجد في 3% إلى 5% من الأطفال في سن المدرسة وتمثل 30-50% من الإحالات إلى خدمات الطب النفسي للأطفال.



من المهم ملاحظة أن هناك معدل انتشار مرتفع لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى البالغين على الرغم من كون المرض أحد أكثر الاضطرابات تشخيصًا وعلاجًا عند الأطفال وفقًا للمسح الوطني لصحة الأطفال لعام 2016 (NSCH) - يعاني 5.4 مليون طفل في الولايات المتحدة ممن تتراوح أعمارهم بين 2-17 عامًا من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، 62% منهم تلقوا علاجًا دوائيًا ، وتلقى 46.7% علاجًا سلوكيًا ، ولم يتلق 23% أي علاج .

تم تقدير انتشار اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى البالغين في عشرين دولة مؤخرًا وكانت بنسبة تتراوح من 0.6% إلى 7.3% عام 2017.

تُظهر البيانات الحديثة أن ما يصل إلى 11% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4 و 17 عامًا لديهم تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، و 8.8% لديهم التشخيص حاليًا ، و 6% من المراهقون المصابون باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه يتعرضون لمعدلات أعلى من حوادث السيارات ، وتعاطي المخدرات ، والتسرب من المدرسة. ، والنتائج الاجتماعية السلبية السلوكية.

أنواع اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه :

يوجد ثلاث أنواع فرعية للاضطراب تصنف على أساس ظهور أو غياب أعراض معينة، والأنواع هي:

1. النوع الفرعي المجمع (إذا توافرت المعايير التي تلبي كلا من نقص الانتباه وفرط الحركة - الاندفاعية معاً)
2. النوع الفرعي الذي يغلب عليه نقص الانتباه (إذا تمت تغطية المعايير الخاصة بنقص الانتباه مع عدم تغطية المعايير الخاصة بفرط الحركة - الاندفاعية)
3. النوع الفرعي الذي يغلب عليه فرط الحركة - الاندفاعية (إذا تمت تغطية المعايير الخاصة بفرط الحركة - الاندفاعية مع عدم تغطية المعايير الخاصة بنقص الانتباه) وينتشر النوع الفرعي الذي يغلب عليه نقص الانتباه لدى البنات ويقل انتشاره في المواقع العلاجية لأن تحويل الأطفال للعلاج يقل في حالة نقص الانتباه بينما يزيد في حالة فرط الحركة ، ويتميز النوع الفرعي الذي يغلب عليه فرط الحركة - الاندفاعية بأنه أقل شيوعاً سواء في البيئة العلاجية أو في المجتمع ، كما يعتبر النوع الفرعي المجمع أكثر نوع فرعي يتم تشخيصه في المواقع العلاجية.

ظهور أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه حسب مراحل النمو العمرية

تختلف طريقة ظهور الأعراض وفقاً لمرحلة النمو ويتضمن الجدول أدناه الأعراض الأكثر شيوعاً وفقاً لسن الطفل المصاب بالاضطراب

البلوغ	المراهقة	سنوات المدرسة الأولية	سنوات ما قبل المدرسة	
<ul style="list-style-type: none"> لا يكملون التفاصيل النسيان المواعيد انعدام التبصر (النظر في العواقب) 	<ul style="list-style-type: none"> أقل مثابرة من أقرانه (أقل من 31 دقيقة) عدم الانتباه على تفاصيل المهمة ضعف التخطيط للمستقبل 	<ul style="list-style-type: none"> أنشطة مختصرة (أقل من 10 دقائق) تغيرات سابقة لأوانها في الأنشطة كثير النسيان ، غير مرتب مشتت 	<ul style="list-style-type: none"> فترات لعب (قصيرة) أقل من 3 دقائق ترك الأنشطة دون إكمالها عدم الإنصات 	نقص الانتباه
<ul style="list-style-type: none"> إحساس شخصي داخلي بعدم الاستقرار 	<ul style="list-style-type: none"> متململ 	<ul style="list-style-type: none"> قلق وعدم استقرار حين يتوقع منه الهدوء 	<ul style="list-style-type: none"> يلف كالدوامة 	فرط الحركة

<ul style="list-style-type: none"> • لا يستمع • ليس لديه إحساس بالخطر 	<ul style="list-style-type: none"> • يتصرف في غير دوره • يقاطع الأطفال الآخرين • يكسر القواعد دون تفكير • يتسبب في حوادث 	<ul style="list-style-type: none"> • ضعف السيرة على النفس • يخاطر بصورة متهورة 	<ul style="list-style-type: none"> • حوادث حركية • اتخاذ القرارات قبل أوانها وبصورة تخلو من الحكمة • انعدام الصبر 	الاندفاعية
---	--	--	--	------------

الأمراض والاضطرابات التي يمكن غالباً الخلط بينها وبين اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه:

1. أمراض الغدة الدرقية

2. بعض العيوب الهيكلية في الدماغ

3. الآثار الجانبية لبعض الأدوية

4. بعض الاضطرابات العصبية

5. فقر الدم

6. متلازمة X الهشة

7. التسمم بالرصاص

8. توقف التنفس أثناء النوم

أسباب اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه:

أظهرت الدراسات العلمية أن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه هو اضطراب بالنمو العصبي يحدث بمساهمة عوامل بيئية مختلفة على أساس الاستعداد الوراثي .

يمكن للعوامل البيئية الضارة أيضا تسهيل الإصابة بفرط النشاط ناقص الانتباه مثل الولادة المبكرة والصعبة ،والصدمة عند الولادة ، والحمل المتعدد ، والالتهابات ، والتدخين أثناء الحمل ، والكحول والمخدرات التي تسبب تطور ADHD لدى الأطفال ،بالإضافة للملونات الصناعية ، ولقد ثبت أن حليب الأم يمكن أن يكون وقائيا من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه .وهناك أيضا العوامل النفسية تعتبر من الأسباب الهامة مثل الحرمان العاطفي ، وأحداث الحياة الصعبة ، والضعف في العلاقات بين الوالدين والطفل والوظيفة الأسرية ، والتاريخ العائلي للمرض العقلي من العوامل التي تؤهب وتسهل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه .

على الرغم من أن أسباب اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ليست مفهومة تماما، إلا أن العوامل الوراثية والعصبية تلعب أدوارًا مهمة. يعد اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أكثر شيوعًا من مرتين إلى ثماني مرات في الأشخاص الذين لديهم قريب من الدرجة الأولى مصاب بهذه الحالة. بالإضافة إلى ذلك ، يرتبط اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بخلل في بنية الدماغ وعمل الخلايا العصبية والاتصال ، والتي يبدو أنها مرتبطة بشدة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه .

وعلى الرغم أيضا من أن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أكثر شيوعًا عند الذكور ، فإن الإناث المصابات باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لديهن معدلات أعلى للإصابة بعدد من الاضطرابات المرضية المصاحبة ، لا سيما اضطراب التحدي المعارض ، واضطراب طيف التوحد ، واضطرابات الشخصية وتعاطي المخدرات .

يمثل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه اضطراب أسري له مكون وراثي قوي وتمثل قابلية هذا المرض لأن يكون موروثا (نسبة التباين التي تعود إلى العوامل الجينية الإضافية تبلغ 76 %) وتمثل النسبة السابقة واحدة من أعلى النسب في حقل الاضطرابات العقلية ورغم ذلك فإن العوامل الوراثية وحدها لا تفسر ظهور الاضطراب ، حيث يعتبر هذا الاضطراب اضطراباً متعدد العوامل في أسبابه أي أن أسبابه تكون بيئية ووراثية وبيولوجية حيث تلعب جميع هذا العوامل دوراً في زيادة خطر ظهور هذا الاضطراب ، ومن أهم العوامل :

العوامل الوراثية : حيث كشفت العديد من الدراسات عن أن اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه له جذور وراثية بمعنى انتقال الخصائص الوراثية من خلال الأسرة ، كما تظهر المعدلات

العالية لانتشار أعراض هذا الاضطراب بين الأقارب من الدرجتين الأولى والثانية وبين الأقارب البيولوجيين . وتظهر دراسات التوائم أن هناك اتفاق في حدوث أعراض هذا الاضطراب بين التوائم المطابقة (الذين يشتركون في بويضة واحدة) .



العوامل العصبية : تذهب بعض الدراسات إلى أن هذا الاضطراب هو نتائج الاستثارة الزائدة للحاء المخ وأن الاختلال الوظيفي يتمركز في منظومة التكوين الشبكي بالدماغ ، حيث تخفق في كف الدفعات العصبية الزائدة ، بينما تشير دراسات أخرى إلى أنه لدى هؤلاء الأطفال مستوى منخفض من الاستثارة في وظيفة المنظومة الشبكية ، وأن فرط الحركة والاندفاعية هما محاولة لتيسير المدخلات الحسية وزيادتها بحيث تصل إلى المستوى الأمثل للاستثارة .

العوامل المرتبطة بالنظام الحسي : حيث تشير الدراسات إلى أن الأطفال ذوي فرط الحركة ونقص الانتباه أظهروا مؤشرات تدل على انخفاض المستوى (التوصيل الجلدي الأساسي ومقدار الاستجابة الجلدية لدى الفرد) .



العوامل البيئية : تشير الدراسات إلى تعدد العوامل البيئية المسببة لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه حيث يمكن ذكرها بما يلي : التعرض للتسمم بالرصاص ، التلوث البيئي خلال فترة الحمل أو فترة مراحل الطفولة المبكرة ، تعرض الأم الحامل للأشعة كأشعة X ، إدمان الأم أثناء الحمل على التدخين والكحول .

إضافة لعوامل اجتماعية: تساهم باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه مثل الحرمان العاطفي من الوالدين أو نتيجة للتعاملات القاسية والخاطئة وللظروف الاقتصادية للأسرة.

تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه :

ينبغي أن يتم تشخيص ADHD فقط من قبل طبيب نفسي متخصص أو طبيب أطفال متخصص أو طبيب أسرة تلقى تدريباً ملائماً أو اختصاصي رعاية صحية آخر مؤهل بشكل مناسب مع تدريب وخبرة في تشخيص ADHD ، على أساس ما يلي:

تقييم سريري واجتماعي نفسي كامل للطفل ، ينبغي أن يشمل مناقشة حول السلوك والأعراض في المجالات والأوضاع المختلفة للحياة اليومية ، والتاريخ النمائي والنفسي الكامل، وتقارير وتقييم الملاحظ للحالة العقلية .

ADHD هو اضطراب طبي يمكن أن يؤثر على حياة الطفل بأكملها عندما تترك دون علاج. ولذلك فإن تشخيص ADHD استناداً على التقييمات السريرية التي أدلى بها الطبيب النفسي للمراهقين والأطفال .

للتشخيص يجب ملاحظة أعراض الطفل التي تبدأ وتستمر في عملية النمو في بيئات متعددة ، لهذه الأسباب من المهم جدا التعاون مع العائلة والمعلمين في كل من تشخيص ومتابعة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه .

يجب الحصول على معلومات من مصادر عديدة ويجب تقييم سلوك الطفل في أكثر من بيئة واحدة بالتفصيل .

للتشخيص لا يلزم اختبار تخطيط الدماغ والأشعة السينية والتصوير بالرنين المغناطيسي و SPECT واختبارات الدم ، إذا كان الطفل يعاني من مشكلة طبية إضافية ويرى الطبيب ذلك مناسباً يجوز له طلب هذه الفحوصات .

يجب أن يؤخذ تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في الاعتبار عند المرضى الذين تزيد أعمارهم عن أربع سنوات والذين يعانون من ضعف الانتباه أو تشتت أو فرط النشاط أو الاندفاع أو الأداء الأكاديمي الضعيف أو المشكلات السلوكية في المنزل أو في المدرسة. لا يوجد اختبار محدد يمكنه تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، ويتطلب وجود عدد كافٍ من الأعراض الأساسية والضعف الوظيفي.

يتم تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه على أساس طبي صرف ويمكن أن يتبع التشخيص إما الدليل التشخيصي والإحصائي DSM الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية أو التصنيف العالمي للأمراض ICD الصادر عن منظمة الصحة العالمية ، ويجب أخذ مرحلة نمو الطفل في الاعتبار حين التشخيص إضافة على ظهور الأعراض في أكثر من بيئة مثل بيئة المنزل وبيئة المدرسة ، كما يجب أن يكون هناك دليل واضح عن قصور واضح في الأداء في النواحي الاجتماعية أو الدراسية أو المهنية ، ويعتبر تقييم بيئة الأسرة مسألة أساسية فيما يخص الأطفال الأصغر سناً حيث أنه في حال وجود تصرفات والدية اضطرابية أو غير متسقة أو إيذاء أو إهمال فإن الأطفال غالباً ما يكون رد فعلهم انتهاج سلوك يماثل كثيراً أعراض نقص الانتباه وفرط الحركة ، وإغفال هذه التصرفات الوالدية يمكن أن يؤدي بسهولة إلى

تشخيص غير سليم ، بالإضافة إلى طلب إجراء فحوصات طبية بصرية وسمعية وعصبية وتحاليل غدية وفيما يلي المعايير التالية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الصادر DSM - 5 عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي : APA

A- نمط مستمر من نقص الانتباه و ١ أو فرط الحركة - الاندفاعية يتداخل مع الأداء أو التطور ، كما يتظاهر ب (1) و ١ أو (2) :

1. **نقص الانتباه** : ستة من الأعراض التالية أو أكثر استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرة على الحركات الاجتماعية والمهنية \ الأكاديمية :

ملاحظة : إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الاعتراضي والعدائي ، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات ، بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين (سن 17 وما فوق) ، فيلزم خمسة أعراض على الأقل .

- غالباً ما يخفق في إعاره الانتباه الدقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى (مثلاً إغفال أو تقويت التفاصيل ، العمل غير الدقيق) .
- غالباً ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة (مثلاً صعوبة المحافظة على التركيز خلال المحاضرات ، المحادثات أو القراءة المطولة)
- غالباً ما يبدو غير مصغ عند توجيه الحديث إليه مباشرة (عقله يبدو في مكان آخر مثلاً ، حتى عند غياب أي ملهي واضح)
- غالباً لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية (يبدأ المهام مثلاً ولكنه يفقد التركيز بسرعة كما يتلهى بسهولة)

- غالباً ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (الصعوبة في إدارة المهام المتتابة مثلاً ، صعوبة الحفاظ على الأشياء والممتلكات الشخصية ، فوضوي ، غير منظم العمل ، يفتقد لحسن إدارة الوقت ، والفشل بالالتزام بالمواعيد المحددة)
- غالباً ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب منه جهداً عقلياً متواصلًا (كالعامل المدرسي أو الواجبات في المنزل ، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين إعداد التقارير وملء النماذج ، مراجعة الأوراق الطويلة)
- غالباً ما يضيع أغراضاً ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته (كالمواد المدرسية والأقلام والكتب والأدوات والمحافظ والمفاتيح والأوراق والنظارات والهواتف النقالة)
- غالباً ما يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي (للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين قد تتضمن أفكاراً غير ذات صلة)
- كثير النسيان في الأنشطة اليومية (مثل الأعمال الروتينية اليومية ، إنجاز المهام ، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين إعداد التقارير وملء النماذج ، مراجعة الأوراق الطويلة)

2. فرط الحركة - الاندفاعية : ستة من الأعراض التالية استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرة على الحركات الاجتماعية والمهنية \ الأكاديمية :

ملاحظة : إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الاعتراضي والعدائية ، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات ، بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين (من 17 وما فوق) فيلزم خمسة أعراض على الأقل

- غالباً ما يبدي تملل في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه .
- غالباً ما يغادر مقعده في الحالات التي ينتظر فيها منه أن يلازم مقعده ، (في صفوف الدراسة أو المكتب أو أماكن العمل الأخرى أو في الحالات التي تتطلب ملازمة المقعد)
- غالباً ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة (قد يقتصر الأمر عند المراهقين أو البالغين على إحساسات الشعور بالانزعاج)

- غالباً ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن حركات ترفيهية
 - غالباً ما يكون متحفظاً أو يتصرف كما لو أنه (مدفوع بمحرك) (لا يرتاح للثبات في شيء معين لفترات مطولة كما في المطاعم أو الاجتماعات حيث قد يلحظ الآخرون صعوبة التماشي
 - غالباً ما يتحدث بإفراط
 - غالباً ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة (يكمل الجمل للآخرين مثلاً ، لا ينتظر دوره في الحديث)
 - غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره (عند الانتظار في الصف أو في الباحة مثلاً)
 - غالباً ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم (مثلاً في المحادثات والألعاب أو الأنشطة قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو يتلقى الأذن ، بالنسبة للمراهقين والبالغين قد يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخرون)
- B-وجود بعض أعراض فرط الحركة - الاندفاعية أو أعراض نقص الانتباه قبل عمر 12 سنوات
- C- وجود بعض أعراض فرط الحركة - الاندفاعية أو أعراض نقص الانتباه في بيئتين أو أكثر (في المدرسة مثلاً وفي المنزل أو العمل ، مع الأصدقاء أو الأقارب وغيرها من الأنشطة)
- D-يوجد دليل واضح وصريح على تداخل الأعراض وتأثيرها على جودة الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني
- E- لا تحدث الأعراض حصراً في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا تفسر بشكل أفضل كاضطراب عقلي آخر مثل : اضطراب مزاج أو اضطراب قلق أو اضطراب شخصية، أو التسمم بمادة ما أو سحب مادة ما.



مميزات التشخيص:

السمة الأساسية لاضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (ADHD) هي نمط مستمر من عدم الانتباه و / أو فرط النشاط والاندفاع الذي يتعارض مع الأداء الوظيفي أو التطور. يتجلى عدم الانتباه بشكل سلوكي في اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه على أنه شرود خارج المهمة ، والفشل في متابعة التعليمات أو إنهاء العمل أو الأعمال المنزلية ، وصعوبة الحفاظ على التركيز ، وعدم التنظيم ولا يُعزى إلى التحدي أو عدم الفهم. يشير فرط النشاط إلى النشاط الحركي المفرط (مثل طفل يركض) عندما لا يكون مناسبًا ، أو التملل المفرط أو التنصت أو التثرثرة. في البالغين ، قد يظهر فرط النشاط على شكل قلق شديد أو إرهاق الآخرين بنشاطهم. يشير الاندفاع إلى الأفعال المتسارعة التي تحدث في الوقت الحالي دون تفكير ، والتي قد يكون لها احتمال إلحاق الضرر بالفرد (على سبيل المثال ، الاندفاع إلى الشارع دون النظر). قد يعكس الاندفاع الرغبة في الحصول على مكافآت فورية أو عدم القدرة على تأخير الإشباع. قد تظهر السلوكيات الاندفاعية كتطفل اجتماعي (على سبيل المثال ، مقاطعة الآخرين بشكل مفرط) و / أو اتخاذ قرارات مهمة دون مراعاة العواقب طويلة الأجل (على سبيل المثال ، الحصول على وظيفة دون معلومات كافية).

يبدأ اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في مرحلة الطفولة. إن شرط وجود العديد من الأعراض قبل سن 12 عامًا ينقل أهمية العرض السريري الكبير أثناء الطفولة. في الوقت نفسه ، لم يتم تحديد عمر مبكر في البداية بسبب الصعوبات في تحديد بداية الطفولة بدقة بأثر رجعي. إن تذكر البالغين لأعراض الطفولة يميل إلى أن يكون غير موثوق به ، ومن المفيد الحصول على معلومات إضافية. لا يمكن تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في غياب أي أعراض قبل سن 12. عندما تظهر أعراض ما يبدو أنه اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لأول مرة بعد سن 13 عامًا ، فمن المرجح أن يتم تفسيرها باضطراب عقلي آخر أو لتمثيل الآثار المعرفية لتعاطي المخدرات.

يجب أن تكون مظاهر الاضطراب موجودة في أكثر من مكان (على سبيل المثال ، المنزل والمدرسة ، أو المنزل والعمل). لا يمكن عادةً تأكيد الأعراض الجوهرية عبر الإعدادات بدقة دون استشارة المخبرين الذين رأوا الفرد في تلك الأماكن. عادة ، تختلف الأعراض حسب السياق داخل بيئة معينة. قد تكون علامات الاضطراب ضئيلة أو غائبة عندما يتلقى الفرد مكافآت متكررة على السلوك المناسب ، أو تحت إشراف دقيق ، أو في بيئة جديدة ، أو منخرطاً في أنشطة مثيرة للاهتمام بشكل خاص ، ولديه تحفيز خارجي ثابت (على سبيل المثال ، عبر الشاشات الإلكترونية) ، أو يتفاعل في مواقف فردية (على سبيل المثال ، مكتب الطبيب).

خطة العلاج:

يفضل دوما البدء بالعلاج الدوائي ثم تباعه العلاج السلوكي بشكل تدريجي ، يوصى بالعلاجات السلوكية للأطفال في سن ما قبل المدرسة وقد تكون مفيدة في الأعمار الأكبر. تشمل العلاجات السلوكية الفعالة تدريب الوالدين وإدارة الفصل وتدخلات الأقران. يوصى باستخدام الأدوية كخط العلاج الأول للأطفال الأكبر سنًا. المنبهات النفسية ، مثل الميثيل فينيديت والديكستروأمفيتامين ، هي الأكثر فاعلية في علاج أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه الأساسية ولها ملامح تأثيرات ضارة مقبولة بشكل عام. هناك عدد أقل من الدراسات الداعمة لأتوموكستين وجوانفاسين وكلونيدين ، وهي أقل فاعلية من المنشطات النفسية. يجب تسجيل الطول والوزن ومعدل ضربات القلب وضغط الدم والأعراض والمزاج والالتزام بالعلاج في زيارات المتابعة.

إن الهدف من علاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه هو تحسين الأعراض وتحسين الأداء الوظيفي وإزالة العقبات السلوكية. يجب أن يزود طبيب الرعاية الأولية العائلات بالموارد الخاصة باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ونصائح الأبوة والأمومة العامة. قد يتأهل الأطفال المصابون باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه للحصول على أماكن إقامة خاصة في المدرسة بموجب قانون إعادة التأهيل أو بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة. يمكن للوالدين طلب تقييم لتحديد الأهلية لهذه التسهيلات أو لخطة تعليمية فردية (IEP) من خلال منطقة مدرسة أطفالهم. يجب أن يبدأ علاج الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات بالعلاج السلوكي. يمكن التفكير في الأدوية إذا كانت أعراض اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (ADHD) متوسطة إلى شديدة ولا تستجيب للعلاج السلوكي. يجب أن يبدأ العلاج بالأدوية عند الأطفال بعمر 6 سنوات فما فوق ، كما يوصى بالعلاجات السلوكية للأطفال الأكبر سنًا ؛ ومع ذلك ، فهي مفيدة بشكل خاص إذا كانت استجابة الدواء ضعيفة أو مرتبطة بآثار ضارة .

العلاجات السلوكية

قيمت دراسة العلاج متعدد الوسائط للأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه آثار العلاج على 579 طفلاً تتراوح أعمارهم بين سبع وتسع سنوات. تلقى المرضى علاجًا سلوكيًا مكثفًا ، وأدوية ، وعلاجًا سلوكيًا مشتركًا وأدوية ، أو علاجًا قياسيًّا من قبل أطباء

المجتمع على مدى 14 شهرًا. ولوحظت فوائد مماثلة للسلوك والمهارات الاجتماعية والعلاقات والأكاديميين لدى الأطفال الذين تلقوا الدواء بمفردهم مقارنة مع أولئك الذين تلقوا العلاج الدوائي والسلوكي. تشير التحليلات طويلة المدى إلى أن العلاج السلوكي يوفر فوائد إضافية تتجاوز الأدوية وحدها ، لا سيما فيما يتعلق بالرضا عن العلاج للآباء والمعلمين والأطفال ذوي الحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة. تشمل العلاجات السلوكية الفعالة تدريب الوالدين وإدارة الفصل وتدخلات الأقران ومجموعة من هذه التدخلات. يوفر تدريب الوالدين ، في شكل جماعي أو فردي ، التعليم لتحسين فهمهم حول اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، والمشاكل السلوكية ، ونمو الطفل. يساعدهم هذا التدريب أيضًا على استخدام استراتيجيات الأبوة الإيجابية (على سبيل المثال ، الثناء والمكافآت على السلوكيات المستهدفة) وتقليل سلوكيات الأطفال التخريبية (على سبيل المثال ، التجاهل المخطط للسلوك واستخدام العواقب). غالبًا ما يتضمن العلاج سبع إلى 12 جلسة أسبوعية وقد أظهر تحسنًا في سلوك الطفل ورضا الوالدين .

العلاج الدوائي

تقلل الأدوية من أعراض اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط الأساسية لدى معظم الأطفال. يلخص أدوية ADHD الشائعة بالمنشطات النفسية (مثل ميثيلفينيديت [ريتالين] ، ديكستروأمفيتامين ، وأملاح الأمفيتامين المختلطة مثل ديكستروأمفيتامين / أمفيتامين الخيار الأكثر فعالية وأمانًا ، وهي الخيار الأول لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في الإرشادات والمراجعات الطبية ، أيضا يمكن استخدام ناهضات مستقبلات الأتوموكسيتين وألفا-2 (على سبيل المثال ، جوانفاسين ، كلونيدين) فعالة أيضًا ولكن لديها دراسات داعمة أقل وأقل فعالية من المنشطات النفسية. تفضيل الأسرة للأدوية غير المنشطة ، أو القلق بشأن تسريب الدواء (على الرغم من أن بعض المنشطات طويلة المفعول تقلل من هذا الخطر) ، أو الحالات المرضية التي يمكن معالجتها أيضًا عن طريق دواء واحد (على سبيل المثال ، القلق أو اضطراب التشنج اللاإرادي) و مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان غير التقليدية (على سبيل المثال ، ريسبيريدون ، أريبيرازول) ، ومثبتات الحالة المزاجية (على سبيل المثال ، كاربامازيبين) لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. لم تتم الموافقة عليها من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وتستخدم خارج التسمية عندما تكون

المنبهات النفسية ، أو أتوموكسيتين ، أو ناهضات مستقبلات ألفا -2 غير فعالة ، أو لعلاج الحالات المرضية المصاحبة .

تعتمد الآثار الضارة للأدوية المنشطة بشكل عام على الجرعة وتشمل انخفاض الشهية ، وعدم الراحة في البطن ، والصداع ، والتهيج ، والقلق ، ومشاكل النوم كما لوحظت زيادات طفيفة في معدل ضربات القلب وضغط الدم. قد يعاني الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة أيضًا من تقلبات مزاجية ، وعلى الرغم من ندرة الاكتئاب والتفكير في الانتحار ، يجب إعلام أفراد الأسرة بالمخاطر. يتضارب الدليل على أن المنشطات تزيد من مخاطر الإصابة بأمراض القلب. توصي الدلائل الإرشادية بأن يفكر الأطباء في تخطيط القلب و / أو الإحالة إلى طب القلب قبل البدء في استخدام المنشطات النفسية في المرضى الذين لديهم تاريخ من أمراض القلب ، أو الخفقان ، أو الإغماء ، أو النوبات ، أو الذين لديهم تاريخ عائلي من الموت القلبي المفاجئ ، أو متلازمة وولف باركنسون وايت ، اعتلال عضلة القلب ، أو متلازمة فترة QT الطويلة .

المرضى المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لا يعتبر وجود التشنجات اللاإرادية موانع للاستخدام المنبه ؛ ومع ذلك ، فإن الإجماع الحالي هو أنه على الرغم من أن استخدام المنشطات لا يؤدي بشكل واضح إلى تفاقم التشنجات اللاإرادية ، إلا أنه قد يفعل ذلك في الحالات الفردية. قد يقلل العلاج باستخدام أتوموكسيتين أو إضافة ناهض مستقبلات ألفا -1 من التشنجات اللاإرادية المصاحبة. يجب أن تبدأ جرعات المنبه النفسي منخفضة وتزيد مرة إلى مرتين أسبوعياً بناءً على التغذية الراجعة من الوالدين والمريض والمعلمين. لا يوجد دليل يدل على أن عامل منبه نفسي متفوق. قد يستفيد الطفل الأصغر سنًا الذي لا يستطيع ابتلاع الحبوب من مستحضرات سائلة أو جافة (والتي يمكن رشها على الطعام). قد يستفيد الطفل الأكبر سنًا أو المراهق من الاستعدادات طويلة المفعول و / أو إضافة مركب قصير المفعول بعد المدرسة لتوفير تغطية كافية للواجبات المنزلية أو الأنشطة الأخرى. تتميز المستحضرات طويلة المفعول بميزة الجرعات الأقل تكرارًا ولكنها قد تكون أكثر تكلفة من الخيارات قصيرة المفعول .

ثبت أن ميثيلفينيديت (MPH) هو مثبط امتصاص الدوبامين (DA) والنوربينفرين (نورأدرينالين ، NA) مما يزيد بشكل تدريجي من التركيزات المشبكية وخارج المشبكية لهذين الناقلين العصبيين يُعتقد أن الأتوموكسيتين يعمل بشكل أساسي في ناقلات نوربينفرين المختلطة

قبل المشبكي (NETs) التي تزيل كل من NA و DA في مناطق الفص الجبهي ، اقترحت دراسات التصوير الوظيفي عمومًا أن الاستجابات الإيجابية لأنوموكسيتين قد تعكس إجراءات حادة على الوظائف التنفيذية بوساطة قشرة الفص الجبهي.

ومع ذلك ، فإن العلاجات الدوائية لها أيضًا قيود كبيرة لأنها غالبًا ما ارتبطت بآثار ضارة ومعدلات تسرب عالية ، كمشاكل الإدمان المحتملة .

أتوموكسيتين. Atomoxetine هو دواء يستخدم لمعالجة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وهو جزء من برنامج علاجي شامل لزيادة القدرة على الانتباه وتقليل الاندفاع وفرط النشاط لدى الأطفال والبالغين.

ينتمي الدواء إلى فئة من الأدوية تسمى مثبطات امتصاص النورإبينفرين الانتقائية (SNRIs)، وهو يعمل عن طريق زيادة مستويات النورإبينفرين، وهو مادة طبيعية في الدماغ ضرورية للسيطرة على السلوك.

قد يكون الأتوموكسيتين فعالاً أيضًا في اضطرابات المزاج أو القلق المرضية وليس له مخاطر إساءة الاستخدام. قد تكون هذه العوامل مفيدة في علاج المراهقين المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، وتشمل الآثار الضارة النعاس ، واضطراب الجهاز الهضمي /الغثيان (خاصة إذا تم تقديم الجرعة بسرعة كبيرة) ، وانخفاض الشهية. يتم الوصول إلى التأثير العلاجي الكامل في حوالي أربعة إلى ستة أسابيع. هذه العوامل الخافضة للضغط مفيدة أيضًا كبديل أو مواد مساعدة للعلاج المنبه لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. تشمل المزايا المحتملة لجوانفاسين على الكولونيدين نصف عمر أطول وتأثيرات مهدئة وخافضة للضغط أقل. كلاهما مفيد مع المنشطات للمرضى الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ومشاكل النوم المرضية ، أو التشنجات اللاإرادية ، أو متلازمة توريت.

تمت مراجعة المقالات الرئيسية حول الفوائد والآثار الجانبية للمنشطات ، وطرق وفوائد التدخلات السلوكية ، وآثار العلاج المركب ، وجد أن المنشطات فعالة للغاية خلال الفترة التي يتم تناولها فيها. في حين أن الفوائد قصيرة الأجل واضحة ، فإن الفوائد طويلة الأجل ليست كذلك. هناك ندرة في الدراسات طويلة المدى العشوائية ذات الشواهد والأدبيات الحالية غير حاسمة بشأن ماهية التدخل المفضل .

تختلف مقاييس النتائج في الصحة العقلية. يثير هذا تساؤلات حول فعالية التدخلات الحالية في اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال. عند تحليل تدخلات الفعالية ، نظرنا إلى طريقتين متاحيتين للعلاج ؛ الأدوية المنشطة والعلاج السلوكي. تمت مقارنة مكونات التدخل الدوائي مع العلاج المركب. ستساعد هذه المراجعة في سد الفجوة في المعرفة للأطباء وأولياء الأمور أثناء موازنة الأدلة لإصدار حكم مستنير بشأن خيارات العلاج .

تم استخدام المنبهات في علاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال منذ حوالي 70 عامًا. وهي تتكون أساسًا من مركبات الميثيل فينيديت والأمفيتامين. تمت دراسة هذه الأدوية في علاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه على نطاق واسع وأثبتت فعاليتها الكبيرة على المدى القصير لجميع الدرجات والأنواع الفرعية من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه . في دراسة عشوائية مزدوجة مضبوطة عن دور المنشطات في علاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، وجد أن هناك آثارًا إيجابية مستمرة بعد 15 شهرًا من بدء العلاج هناك أيضًا أدلة تدعم الفوائد المستدامة بعد 3 سنوات من العلاج. بعد 3 سنوات ، لم يكن هناك دليل واضح على تأثيرات التوزيع العشوائي لمدة 14 شهرًا .ومع ذلك ، قد يكون نطاق هذه الدراسات محدودًا بسبب مشاكل التوظيف والاحتفاظ بهم. في إجراء البحوث ، ومقارنة التدخلات العلاجية التي تشمل العلاج المعرفي السلوكي والعلاجات النفسية الأخرى ، تكمن الصعوبة الأساسية في السيطرة على السكان. من المهم الإشارة إلى أن هذه الدراسات لم تسلط الضوء على خصائص المريض

في دراسة أجريت على 89 طفلًا مصابًا باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، استنتج أن العلاجات المركبة من الميثيل فينيديت والمنشطات / العلاج السلوكي كانت أفضل بكثير من العلاج السلوكي ووجد أيضًا أنه في حالات معينة ، كان الجمع هو الأفضل .

تحسين الأداء والنتائج المتعلقة بالأسرة خاصة عند الأطفال الذين يعانون من اضطرابات متعلقة بالقلق ، كما سلط الضوء أيضًا على جرعات أقل بشكل ملحوظ من المنشطات المستخدمة في العلاج المشترك. على عكس هذه الدراسات ، لم تكن إحدى التجارب قادرة على إثبات أن الدواء يحسن نتيجة العلاج المعرفي السلوكي للبالغين المصابين باضطراب فرط الحركة

ونقص الانتباه. لم يكن هناك دليل يدعم إضافة التدخل النفسي لتحسين أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال الذين استجابوا للمنبه .

المجلة الآسيوية للطب النفسي AJP وجد أن العلاج النفسي عند إضافته إلى المنشطات لا يحسن النتائج الأكاديمية أو العاطفية. من الممكن أن عدم الاتساق في طرائق التدخلات يمكن أن يساهم في عدم الاتساق في النتائج.

تشير الدلائل الحالية إلى أن المنشطات ذات الامتثال الجيد تكون آمنة نسبيًا ويمكن تحملها جيدًا لمدة 3 سنوات على الأقل. الفوائد قصيرة المدى على أشكال العلاج الأخرى واضحة. لا يبدو أن التغيرات العصبية الحيوية في التصوير العصبي تترجم إلى فعالية إكلينيكية. هناك حاجة إلى مزيد من البحث لتقييم الفوائد المستدامة ودراسة الآثار الجانبية الناشئة للعلاج. على الرغم من أن المنشطات ليس لها تأثير علاجي مستدام على وقف العلاج ، إلا أنها لا تفقد فعاليتها في العلاج أيضًا. يبدو أن المنشطات تقلل من أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. من ناحية أخرى.

قدمت مجموعة CBT + M مجالات تحسين في الوظائف التنفيذية أكثر من مجموعة CBT ومع ذلك ، فإن المقارنات بين المجموعات لا تشير إلى تفوق العلاج المعرفي السلوكي + M في الأعراض الأساسية والأعراض العاطفية واحترام الذات. بدلاً من ذلك ، أظهرت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي تحسنًا أكبر في المجال المادي مقارنة بمجموعة CBT + M أشارت هذه الدراسة أيضًا إلى أن العلاج المعرفي السلوكي هو علاج فعال للمصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. قدم مزيج من العلاج المعرفي السلوكي والأدوية تحسينات أوسع في الوظائف التنفيذية ، ولكن ليس في الأعراض السريرية ، من العلاج المعرفي السلوكي وحده.

يُوصى باستخدام العلاجات الدوائية والنفسية للبالغين المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه .

تدريب الوالدين :

يمكن تدريب الوالدين على التعامل بصورة بناءة مع سلوكيات أبنائهم من خلال تعليمهم كيف يدعمون السلوكيات المرغوبة والغاء سوء السلوك. وعلى سبيل المثال يتعلمون كيف يتواصلون مع الطفل على قواعد منطقية ومناسبة ويمكن تحقيقها وما المطلوب حين يتمسك الأطفال بالقواعد وحين يكسرون القواعد. وتوجد أدلة قوية على فعالية تدريب الآباء على السلوك المطلوب كخط علاج أول لتحسين سلوك الأطفال في سن ما قبل المدرسة المعرضين لخطر نقص الانتباه وفرط الحركة، بينما تتسم قوة الأدلة على فعالية الميثيل فينيديت بالضعف

استخدام العلاج المعرفي السلوكي CBT عند الأطفال المصابين بفرط النشاط ناقص الانتباه :ADHD

يعتبر العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة في علاج اضطراب الانتباه لدى الأطفال ويقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل ، وتعديلها بسلوكيات أخرى مرغوبة من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية ، و هو نهج غير طبي يستخدم لمعالجة الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والأطفال المصابين باضطراب قصور الانتباه، ويُعرف باسم العلاج السلوكي أو إدارة السلوك، ويقوم العلاج السلوكي على عدد من النظريات البسيطة والمتوازنة المتعلقة بالأسباب والوسائل التي تدفع الأطفال إلى التصرف على النحو الملائم اجتماعيًا، وأحد هذه الأسباب أن الأطفال عادة ما يظهرون رغبة في إسعاد الوالدين، إذ يتولد لديهم شعور جيد عندما يعبر الوالدان عن فخرهم ورضاهم عن تصرفاتهم حيث تعد العلاقة الإيجابية بين الوالدين والطفل مصدرًا هامًا جدًا للتحفيز، وتعد النتائج الإيجابية المترتبة على تصرفات الأطفال (على سبيل المثال، المزايا و المكافآت) سببًا آخرًا يدفع الأطفال للتصرف على نحو ملائم، على الرغم من تصرف الأطفال على النحو الملائم أيضًا لتفادي النتائج والعواقب السلبية التي تترتب على السلوك غير الملائم.



عادة ما يستخدم التعزيز الإيجابي مع العلاج السلوكي لهؤلاء الأطفال وهو يعني مكافئة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي يتدرب عليه ،ونود الإشارة هنا إلى انه إذا استخدم العلاج السلوكي لهؤلاء الأطفال يجب على من يقوم بتدريب الطفل أن يقدم التعزيز عقب السلوك المراد تعزيزه مباشرة .

أما بالنسبة لفاعلية العلاج السلوكي لهذا الاضطراب فقد أجريت دراسات هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية هذا العلاج في خفض مستوى الاندفاع لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب وقد بينت النتائج ان استخدام تقنيات العلاج السلوكي في التدريب قد ادى إلى خفض مستوى الاندفاع ونمت لديهم القدرة على التحكم في سلوكياتهم غير المرغوبة .

العلاج السلوكي المعرفي فعال في الحد من مظاهر اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. ومع ذلك، فإن العلاج المركب يعطي تحسناً أفضل مقارنة بالعلاج الفردي في اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

غالباً ما تتضمن طريقة العلاج مزيجاً من تعديل السلوك وتغيير نمط الحياة والاستشارة والأدوية. وجدت دراسة أجريت في عام 2005 أن الإدارة الأكثر فاعلية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه هي الإدارة المشتركة بين العلاج الطبي والسلوكي، متبوعاً بالأدوية وحدها،

والعلاج السلوكي، في حين لم يثبت أن الدواء يغير النتائج طويلة المدى فيما يتعلق بالسلوك ولكنه يعطي تأثيراً عند تناوله على المدى القصير .

تتمثل أهداف العلاج السلوكي في زيادة تواتر السلوكيات الإيجابية المقبولة من الأطفال من خلال زيادة اهتمام الطفل بإرضاء والديه ومن خلال الحرص على حصول الطفل على نتائج إيجابية عندما يتصرف على النحو الملائم، بينما يتم الحد من السلوكيات والتصرفات غير الملائمة عندما ينتج عنها نتائج سلبية باستمرار كلما قام الطفل بها، وهذه وجهة نظر مبسطة ومنطقية توضح ماهية العلاج السلوكي وما الذي يقوم عليه.

إن تصميم خطة سلوكية جيدة وتطبيقها على نحو فعال ليس بالأمر السهل حيث يحتاج الوالدان في الغالب إلى مساعدة متخصصة للقيام بهذه المهمة بنجاح، وعلى الرغم من أن تفاصيل الخطة الملائمة سوف تختلف من طفل إلى آخر ومن أسرة إلى أخرى، إلا أنه ثمة عدد من المبادئ العامة التي يجب أخذها في الحسبان دائماً :

يجب أن نكون في غاية الوضوح حول السلوك والتصرف الذي نتوقع من الطفل القيام به من أجل أن يحصل على المكافأة والتأكد من فهم الطفل لهذا الأمر فهماً واضحاً على سبيل المثال؛ قد تكون عبارة "استمع لما أقوله" مبهمة للغاية؛ في حين أن عبارة "قم بالنقاط ألعابك وترتيبها في مكانها عندما أطلب منك ذلك" ستكون أكثر تحديداً.

التأكد من أن تكون التوقعات المطلوبة من طفلك معقولة في تحقيق الأهداف المرجوة عن طريق وضع توقعات لا تتلاءم على الإطلاق مع عمر الطفل.

ومن الجيد دائماً التفكير ملياً فيما نتوقع من الطفل القيام به، وأن نعيد النظر في مدى منطقية هذه التوقعات، وهل هي مناسبة لعمره أم لا؟ على سبيل المثال؛ فإن معاقبة طفل يبلغ من العمر 5 سنوات لعدم قدرته على الجلوس بهدوء على مائدة العشاء لمدة ساعة سيؤدي في الغالب إلى حدوث مشاكل لأنه ببساطة ليس بوسع أي طفل يبلغ 5 سنوات من العمر القيام بذلك، ولذلك يجب أن يراعى عمر الطفل عند بناء التوقعات السلوكية وخصوصاً عندما يتعلق الأمر بالأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

- يجب عدم محاولة القيام بالعديد من الأمور في آن واحد

تشمل العلاجات النفسية المستخدمة لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه :
المدخلات التربوية النفسية، والعلاج السلوكي، والعلاج السلوكي المعرفي (CBT)، والعلاج
النفسي بين الأشخاص، والعلاج الأسري، والتدريب على إدارة الوالدين، والتدخل المدرسي،
والتدريب على المهارات الاجتماعية.

كان العلاج الأكثر فعالية من حيث التكلفة هو الدواء، يليه العلاج السلوكي والعلاج
المشترك.

تتم دراسة التنظيم العصبي للمعلومات الحسية للسلوك الوظيفي من قبل مهن مختلفة على
مستويات متنوعة، مثل المعالجين المهنيين وعلماء النفس كأساس للأداء والمشاركة المهنية. يتم
استخدامه كمرجع لتقييم وعلاج الأشخاص الذين لديهم اضطراب في المعالجة الحسية. سيواجه
المرضى الذين يعانون من اختلال وظيفي حسي موحد العديد من المشكلات المتعلقة بحواسهم
الخاصة (الرؤية والسمع والشم والتذوق واللمس) والتنسيق والحركة ضد الجاذبية. هدفت الدراسة
الحالية إلى تقييم التأثير المشترك للتكامل الحسي مع العلاج السلوكي المعرفي على الأطفال
المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

يفضل في العادة التركيز أولاً على بضعة أشياء والتي تكون في الغالب هامة جدًا بدلاً من
محاولة التعامل مع جميع المشاكل دفعة واحدة. نقوم باختيار التحديات التي سنخوضها بمنتهى
العناية والدقة، ويجب ترك المجال مفتوحاً أمام الطفل للمشاركة في اختيار أنواع المكافآت التي
بإمكانه الحصول عليها.

عادة ما يهتم الأطفال بصورة أكبر بالمشاركة في مثل هذا النوع من البرامج عندما تكون
لديهم بعض المساهمات في التصميم، يجب محاولة توليد شعور بأننا نقوم بفعل شيء مع الطفل
بدلاً من أن يكون شيئاً نقوم به من أجل الطفل.

تصميم برنامج بحيث نقوم بتوفير فرص جيدة عند الطفل لتجربة الشعور بالنجاح في
البداية، ومن المهم أن يجرب الطفل بعض النجاح المبدئي من أجل تعزيز حوافزه والمحافظة
عليها، وكلما ظهر تحسن بالسلوك، يمكننا رفع سقف المعايير المطلوبة تدريجياً من أجل
الحصول على المكافأة.

الحرص على أن التنوع بين المكافئات الاجتماعية والمعنوية (كالمديح على سبيل المثال) بالإضافة إلى المكافئات المادية الأخرى التي يمكن الحصول عليها. تعد هذه طريقة رائعة لزيادة رغبة الطفل في إسعاد الوالدين وإرضائهم ولزيادة كمية المشاعر الإيجابية بين الوالدين وبين الطفل. لذلك يجب أن نكون متسقين لكي يؤدي هذا النهج ثماره ينبغي أن يتم تطبيقه بشكل متسق ومستمر؛ لأن القيام بتطبيق هذا البرنامج في يوم وإغفال تطبيقه في اليوم التالي أو الإخفاق في توفير المكافئات عند استحقاقها يجعل من نجاح البرنامج مهمة مستحيلة.

نهج العلاج السلوكي للأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه:

إن القيام بتخصيص أوقات لقضائها مع الطفل، والتحفيز الإيجابي، ووضع عقوبات أو عواقب سلبية من أجل تشجيع السلوك الجيد، هو بكل تأكيد أسلوب مجد مع جميع الأطفال، وعلى الرغم أن المبادئ الأساسية للتعامل هي ذاتها بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة مع نقص الانتباه والأطفال المصابين باضطراب قصور الانتباه فقط أو أولئك ممن لا يعانون منه؛ إلا أن هناك عدة عوامل محددة خاصة باضطراب فرط الحركة مع نقص الانتباه تتطلب إجراء تعديلات محددة على أسلوب التعامل مع الطفل.

وفيما يلي مجموعة من أهم هذه التعديلات:

1. عادة ما يتطلب الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أو اضطراب قصور الانتباه المزيد من التعليقات المتكررة حول أدائهم لمساعدتهم على الوفاء بتوقعات الوالدين أو المدرسين.

لقد أظهرت البحوث باستمرار أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه يؤدون بشكل أفضل عندما يتم التعليق على أدائهم باستمرار، و لذلك إذا كان السلوك الذي تستهدفه هو "اتباع التوجيهات"، فمن الأفضل أن توجه لطفلك التعليقات على مدى إجادتهم لاتباع التعليمات كل ساعة، بدلاً من ذكر ذلك الأمر مرة واحدة في نهاية اليوم. حيث يمكن قياس مردود التعليقات على الطفل من خلال هذه الفترات الزمنية الفعلية؛ والنقطة الأساسية هنا أن الطفل الذي يعاني من فرط النشاط مع نقص الانتباه يحتاج إلى تعليقات مستمرة حول أدائه من أجل تحقيق البرامج السلوكية الفعالية المرجوة منها.

2. يؤدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة مع نقص الانتباه أداءً أفضل عند وضع أهداف قصيرة الأجل بالمقارنة مع الأهداف طويلة الأجل.

تتبع هذه النقطة للنقطة السابقة، فبالإضافة إلى التعليقات والملاحظات المستمرة، يتطلب الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه إلى فترات زمنية أقصر بين الفرص لكسب المكافآت، وعلى سبيل المثال؛ فإن وعد الطفل بالحصول على مكافأة في عطلة الأسبوع على سلوكه الجيد طيلة الأسبوع قد يكون بمثابة مدة بعيدة جدًا بنظر طفل يعاني من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه حيث لا تحفزه بصورة فعالة على أداء الوظيفة المرجوة، وعلى العكس من ذلك فإن حصول الطفل على المكافآت بصورة يومية أو حتى منحه أكثر من فرصة يوميًا للحصول على مزايا هو أمر أكثر أهمية وكثيرًا ما يكون ضروريًا كما أن منح الطفل النقاط أو أشياء رمزية "كقطع النقود" التي تمكنه من الحصول على المزيد من المكافآت الملموسة (على سبيل المثال مزيد من الوقت لمشاهدة التلفاز، للعب، استئجار فيلم لمشاهدته) لمكافئته على السلوك الجيد من الممكن أن تكون ذات فائدة؛ حيث يمكن دائماً أن يتم صرفها بسهولة، كما أنها ذات قيمة كبيرة لدى الطفل لأنها ترتبط بالنشاطات والأشياء المرغوبة لديه.

3. يحتاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه إلى مزيد من التذكير بالأمور المتوقع منهم القيام بها وما الذي سيحصلون عليه عند الوفاء بهذه التوقعات.

ولكي يكون هذا النهج فعالاً، يجب أن يحتل مكانة بارزة في عقل الطفل؛ إذ أن الأطفال الذين ينسون ما هي أهدافهم السلوكية وما الذي يحاولون الحصول عليه عند تحقيق تلك الأهداف غالباً ما يرجح فشلهم في تحقيق أهدافهم، ولذلك يعد التذكير المستمر بالأهداف والمكافآت أمراً في غاية الأهمية بالنسبة للطفل الذي يعاني من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه . وبالإمكان القيام بهذا في صورة تعليقات وملاحظات توجه للطفل حول مستوى الأداء الذي يقوم به.

4. عادةً ما يحتاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ومع نقص الانتباه إلى إجراء تغييرات مستمرة في البرنامج ليحافظ الطفل على اهتمامه به.

قد يعي الأشخاص الذين قاموا بالفعل بتجربة عدة خطط سلوكية مختلفة هذا الأمر جيداً، فمن الشائع والمعتاد أن ينطلق الطفل في بداية رائعة، ومن ثم يفقد الاهتمام في الحصول على المكافآت، وأفضل طريقة للتغلب على هذه المشكلة هي محاولة تغيير البرنامج ليبقى لدى الطفل

الشعور بأن ما يقوم به هو أمر "جديد"، ويمكن القيام بذلك من خلال تغيير المكافآت، وعلى سبيل المثال؛ تكون الجائزة في أحد الأيام المزيد من الوقت لمشاهدة التلفاز، بينما تكون في اليوم التالي البقاء مستيقظاً لمدة نصف ساعة إضافية، وإذا كنت تستخدم المكافآت الرمزية مثل القطع النقدية، فمن الممكن أن يكون تغييرها باستمرار عاملاً مساعداً كذلك، وعلى سبيل المثال؛ من الممكن أن يتم استخدام النقود في الأسبوع الأول، وفي الأسبوع التالي الكرات الزجاجية (البلي)، وفي الأسبوع الذي يليه الملصقات، ومن الواضح أن كل هذه الأمور تعتمد على عمر الطفل وعلى اهتماماته كما أنه من المؤكد أن هذا الأمر سيستغرق الكثير من الوقت والعمل والإبداع من جانب الوالدين.



النحو الطبي السلوكي للأطباء المختصين في العلاجات السلوكية عند الأطفال :

وجد أن تأثير التدخل السلوكي على الاضطراب أقل من تأثير الأدوية المنشطة وتتوافر العديد من الإرشادات حول العلاج السلوكي لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة ، وبصفة عامة فإن المعالج يحدد السلوكيات التي تمثل مشكلة ويجمع بيانات تفصيلية عن الظروف التي تسبق والتي تلي مثل هذه السلوكيات وتوجد العديد من الارشادات حول العلاج السلوكي لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة. عادة ما تثبت السلوكيات إذا تم دعمها. وبعد أن يصل

المعالج إلى تبعات او نتائج دعم السلوك يضع خطة تفصيلية حول كيفية التعامل مع المواقف التي تمثل مشاكل ويتم تطبيق مجموعة مختلفة من التكنيكات لوقف دعم السلوكيات غير المرغوبة أو لإيقافها . ويشمل العلاج السلوكي لاضطراب نقص الانتباه مع فرط الحركة الآباء والمدرسين بالإضافة للطفل. تعتبر تدخلات العلاج المعرفي السلوكي معقدة ، لأنها تتضمن مكونات محتوى متعددة ويمكن تقديمها بطرق مختلفة.

تم تجهيز الممارسين بمجموعة متنوعة من العلاجات للاضطرابات النفسية الأكثر شيوعًا. لسوء الحظ ، هناك القليل من الأدلة القاطعة للمساعدة في الاختيار بين العلاج بالأدوية أو العلاج النفسي أو كليهما. وجد الباحثون أن العلاج السلوكي المعرفي (CBT) والعلاجات الدوائية للحالات النفسية فعالة في عدد من التشخيصات ، ولكن يتوفر القليل من الأدلة حول كيفية تحديد تسلسل أو مجموعة العلاجات الأفضل لمساعدة مريض معين على التعافي. تلعب التدخلات السلوكية دورًا رئيسيًا في تحسين الأداء التنفيذي والمهارات التنظيمية على المدى الطويل.

هدفت الدراسة إلى استكشاف ما إذا كان العلاج السلوكي المعرفي (CBT) جنبًا إلى جنب مع الأدوية متفوقًا على العلاج السلوكي المعرفي وحده في الأعراض الأساسية والأعراض العاطفية واحترام الذات وكذلك الوظائف الاجتماعية والمعرفية لمرضى اضطراب فرط النشاط مع نقص الانتباه .

الاضطرابات النفسية منتشرة ومؤلمة ومكلفة. تتوقف رفاهية المريض الطفل على التعافي الدائم والكامل. بمجرد بدء العلاج واستقرار حالة المريض ، يصبح تحديد موعد وكيفية وتسلسل سحب العلاج أكثر تعقيدًا. الممارسون مكلفون أيضًا بتقديم الرعاية الأكثر فعالية من حيث التكلفة والفعالية. من الناحية المثالية ، عند وجود البيانات ، يجب على مقدمي خدمات الصحة العقلية التعامل بشكل منهجي مع المشكلات في الرعاية السريرية والتوصية بتسلسل أو مجموعة من العلاجات الآمنة والفعالة والمتينة. تجعل تكاليف الرعاية الصحية والمعاناة البشرية هذا جزءًا ضروريًا من العمل السريري. ما يحدث هو أن قرارات العلاج يتم تحديدها من خلال مجموعة من العوامل بما في ذلك تفضيل المريض وتشخيصه ، وراحة المعالج ، والوصول إلى الوصفات الطبية و / أو المعالجين النفسيين المؤهلين ، وحدة الأعراض وشدتها ، والموارد المالية. تم

بالفعل وصف العديد من المرضى الذين يخضعون للعلاج من قبل طبيب الرعاية الأولية. في الواقع .

يُنظر إلى العلاج السلوكي المعرفي (CBT) على أنه أحد أكثر العلاجات النفسية فعالية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، ساعد العلاج السلوكي المعرفي المرضى على تحديد التفكير الآلي ، لتوضيح الأخطاء الإدراكية ، لتوليد التفكير التكيفي مع تقنيات أسئلة محددة ، لتكوين نماذج سلوكية أفضل باستخدام مهارات التنشيط السلوكي ، لإعادة توجيه المشاعر والأفعال ، وفي النهاية تحقيق تحسين الأعراض ، بالإضافة إلى ذلك ، فإن الارتباطات القوية ، والخصوصية ، والاتساق ، والمعالجات التجريبية ، والتدرجات ، وكذلك التماسك ، تعتبر أيضًا وسطاء مهمون في العلاج النفسي (أثبت العلاج السلوكي المعرفي فعاليته في الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والوظائف الاجتماعية والأعراض المرضية المصاحبة مثل القلق والاكتئاب. وقدم أيضًا فعالية على المدى الطويل .

درست مواقف الأطفال المرضى وآبائهم ومعتقداتهم حول الأدوية وقرروا أنهم يفضلون تلقي العلاج المشترك. زادت برامج التدريب على الإقامة في الطب النفسي ، وبدرجة أقل ، في تخصصات الرعاية الأولية من متطلبات تدريب المقيمين في كلا الطريقتين ، وبالتالي غالبًا ما يكون العلاج المشترك هو القاعدة وليس الاستثناء . هناك سبب آخر للنظر في الجمع بين الأدوية والعلاج النفسي هو أن المرضى الذين يتناولون الأدوية غالبًا ما تستمر لديهم ظهور أعراض متبقية أو ينتكسون على الرغم من استمرار استخدام الأدوية أو المشاركة في العلاج. لدينا بعض البيانات حول الأعراض المتبقية في اضطرابات المزاج التي تشير إلى أن المرضى الذين لديهم أعراض متبقية لديهم قابلية أكبر للانتكاس. قد تؤدي إضافة علاج ثانٍ إلى زيادة احتمالية الشفاء التام. يمكن أن يقلل العلاج المشترك من التكاليف عن طريق توسيع نطاق آثار العلاج وزيادة معدل الاستجابة. لا يميل بعض المرضى الذين يخضعون لعلاج واحد والذين يمكن أن يستفيدوا من مجموعة من العلاجات إلى طلب العلاج الدوائي بسبب التحيز ضد الأطباء أو الأدوية. قد يكون العلاج مفيدًا لهؤلاء المرضى لمساعدتهم على فحص مواقفهم وربما جعل الدواء خيارًا مقبولًا. يتمتع بعض الأطفال في العلاج النفسي بوعي أكبر بخيارات العلاج الدوائي بسبب تأثير المعالج ومحاكمته . يمكن أن تؤثر جودة المعلومات التي يحصلون عليها

على مقبولية العلاج المشترك ، لذا فإن وجود معالج مطلع أمر ضروري. الغرض من هذا هو تقديم مراجعة للأدلة المتوفرة حاليًا حول الجمع بين الأدوية والعلاج المعرفي السلوكي. يمكن تقديم العلاج المشترك من قبل مقدم رعاية واحد أو معالج للعلاج النفسي وواصف. سنصف المزايا والمزالق المحتملة لتوفير "العلاج التعاوني" أي العلاج من قبل معالج نفسي وواصف. كان التعريف الأصلي الذي قدموه يشير إلى الطبيب النفسي باعتباره واصفًا ، ولكن المصطلح يمكن أن ينطبق أيضًا على طبيب الرعاية الأولية أو الممرض الممارس. ستوضح الملاحظات السريرية استراتيجيات لتعزيز التعاون وتجنب العضلات الأخلاقية التي يمكن أن تنشأ في العلاج التعاوني. سنناقش أيضًا كيفية استغلال مزايا وجود اثنين من مقدمي الرعاية ، بالإضافة إلى ذلك نظرًا لأن التنفيذ المدروس والمتعمد للعلاج المشترك يمكن أن يمثل تحديًا في المرضى المعقدين سنقدم نموذجًا لدمج العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي الذي يعزز الالتزام بالنهجين سواء تم إعطاء العلاج من قبل مقدمي رعاية فرديين أو متعددين.

تم التحقق من صحة العلاج المعرفي السلوكي الذي يتم إجراؤه في مجموعات ومع الأفراد لعلاج الأطفال المصابين باضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه ، أشارت الدراسات السابقة إلى أنه على الرغم من أن العلاجات الدوائية والعلاج المعرفي السلوكي قد يشتركان في بعض المسارات العصبية الشائعة في علاج اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه ، إلا أنه توجد اختلافات في طرق عملها .

يؤثر العلاج النفسي بشكل مباشر على نشاط الدماغ المرتبط بالسلوك المرتبط بالفص الجبهي ثم يؤثر على إطلاق المرسلات المشبكية في الجهاز الحوفي. ركز العلاج النفسي على علاجات للمرضى لإعادة بناء التفكير التكيفي وإعادة تشكيل العادات السلوكية، يقوم العلاج السلوكي المعرفي بتعبئة جهود المرضى الذاتية لتنظيم الاستجابات المعرفية والعاطفية والسلوكية، والتي يتم التوسط فيها بشكل أساسي بواسطة الفص الجبهي. سمح العلاج النفسي بنقل جميع المعلومات إلى المناطق ذات الصلة عاطفياً (الوطاء ، التلفيف الحزامي الأمامي ، العقد القاعدية، واللوزة ، والتي تنظم بعد ذلك إطلاق الناقلات العصبية ، وبالتالي تنظيم العمليات النفسية والدوافع واتخاذ القرار والعواطف ، وتحقيق التأثيرات العلاجية في نهاية المطاف من حيث

المشاعر والسلوكيات . وهكذا ، افترضنا أن الجمع بين العلاج النفسي والعلاج الدوائي سيكون له "تأثير تصاعدي" في نفس الوقت ، مما يؤدي إلى فعالية فائقة.

يوصى أيضًا بمزيج من العلاج النفسي والعلاج الدوائي حيث أشارت دراسة العلاج متعدد الوسائط (MTA) في مرحلة الطفولة إلى أن المرضى الذين تناولوا مزيجًا من الأدوية والعلاج السلوكي أظهروا تحسنًا ملحوظًا في أعراض اضطراب فرط النشاط مع نقص الانتباه واضطراب التحدي المعارض (ODD) مقارنةً بالعلاج السلوكي وحده.

ما إذا كان الجمع بين الأدوية والعلاج المعرفي السلوكي من شأنه تحسين النتائج السريرية مقارنة مع العلاج المعرفي السلوكي وحده لا يزال غير مؤكد. لذلك ، نهدف إلى :

مقارنة تأثيرات العلاج المعرفي السلوكي وحده مقابل العلاج المعرفي السلوكي المقترن بالأدوية (CBT + M) على الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والنتائج الوظيفية الاجتماعية.

استنادًا إلى الدراسات السابقة ، افترضنا أن العلاج المعرفي السلوكي المقترن بالأدوية سيؤدي إلى تحسينات أكبر في جميع النتائج أكثر من العلاج المعرفي السلوكي وحده.

- الاستراتيجيات السلوكية : تم تصميم سبع جلسات لتشكيل عادات منتظمة وإدارة الوقت ، مثل الجدولة وتحديد الأولويات وقياس الانتباه وطرق تنظيم مساحة العمل. تضمنت الاستراتيجيات السلوكية أيضًا تطبيق تقنيات التعزيز الذاتي في ممارسات إدارة المهام وتحلل المهام المعقدة إلى أجزاء يمكن التحكم فيها.

- الاستراتيجيات المعرفية : تم تضمين خمس جلسات. كان الهدف المهم من هذه الجلسات هو تعزيز التعميم والحفاظ على التفكير التكيفي. تم استيعاب التغييرات السلوكية والمعرفية في جميع أنشطة الحياة اليومية بطريقة أصبحت معتادة وتلقائية.

لم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات CBT و CBT+ M ، تحسن 59.70% من المرضى في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي.

أما بالنسبة لمجموعة CBT + M تحسن 56.14%.

بالإضافة إلى ذلك ، قمنا بتحليل المرضى الذين يتناولون ميثيلفينيديت وأولئك الذين لديهم أتوموكستين كمجموعتين فرعيتين ولم نجد فروقًا بين المجموعات

وجدنا أن العلاج المعرفي السلوكي لدينا ، سواء مع الأدوية أو بدونها ، أدى إلى تحسينات كبيرة مقارنة بخط الأساس في أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والنتائج العاطفية. على عكس فرضيتنا ، وجدنا تحسنًا مكافئًا في الأعراض الأساسية والأعراض العاطفية بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي ومجموعة العلاج المعرفي السلوكي M+ .

أظهرت مجموعة M + CBT تحسينات كبيرة في مجالات المراقبة الذاتية والتخطيط / التنظيم ومراقبة المهام ولكن ليس في مجموعة CBT ، مما يشير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي المقترن بالأدوية كان له تأثيرات أكثر عمقًا على الوظائف التنفيذية.

كانت نتائجنا بشأن أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه الأساسية متوافقة مع النتائج السابقة التي تفيد بأن العلاج السلوكي المعرفي أدى إلى تحسن أعراض اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط. يمكن أن يكون العلاج المعرفي السلوكي هو طريقة العلاج الأكثر دعمًا تجريبيًا على المدى الطويل لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه عند الأطفال .

في السابق ، وجدت المراجعات التحليلية أن العلاج المعرفي السلوكي فعال مع تقديرات حجم التأثير المتوسط إلى الكبير على عدم الانتباه وإجمالي أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بالإضافة إلى أعراض فرط النشاط / الاندفاع .

أن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يكون علاجًا تآزريًا عند الأطفال المعالجين مع تحسينات ثابتة في الأعراض الأساسية بعد 12 أسبوعًا من العلاج وبعد 12 شهرًا من المتابعة. وجدت الأبحاث التي أجريت على الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أن مزيج الأدوية كان متفوقًا على العلاج السلوكي وحده في الأعراض الأساسية المبلغ عنها ذاتيًا والتي يبلغ عنها الوالدان والأعراض العاطفية والرضا الإكلينيكي. ومع ذلك ، فإن العلاج النفسي في دراسة MTA ركز أكثر على التدخلات السلوكية ، وليس كثيرًا على المجالات المعرفية. وقد تشير الاختلافات في الفعالية السريرية القائمة على العمر أيضًا إلى اختلافات في آليات العلاج والعلاج السلوكي المعرفي ، وقد يلعب أيضًا تحفيز المريض والالتزام بالعلاج والدعم الأسري والاجتماعي دورًا.

وجدنا ان هناك تفوق في فعالية تحسن الأعراض الأساسية عند مقارنتها مع العلاج المعرفي السلوكي وحده. من المفترض أن تأثير الدواء في التجربة له نسبة أكبر ، مما يؤدي إلى فعالية أكثر أهمية في مجموعة العلاج CBT + M. بشكل عام ، توقعنا أن الدواء فعال بالفعل للأعراض الأساسية والأعراض المصاحبة لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، وكان العلاج المعرفي السلوكي المشترك فعالاً لأولئك الذين لم يحصلوا على تحسن كبير في الأعراض

شهدت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي تحسناً ملحوظاً في المجال المادي. ومع ذلك ، لم نجد مثل هذا التحسن الكبير في مجموعة CBT + M. يتكون المجال الجسدي من الألم وعدم الراحة ، وضعف الطاقة والتعب ، والنوم والراحة ، والاعتماد على الأدوية ، والتنقل ، وأنشطة الحياة اليومية والقدرة على العمل. نتوقع أن التغيير غير الملحوظ في مجموعة CBT + M قد يكون مرتبطاً بانخفاض الرضا الناجم عن استخدام الأدوية نظراً لأن زيادة معدل ضربات القلب وضغط الدم وانخفاض الشهية والنوم من الآثار الجانبية الشائعة ، والتي قد يكون لها تأثير على جودة الحياة والامتثال للعلاج .

تم استخدام مجموعة متنوعة من العلاجات لإدارة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. نهدف إلى مقارنة فعالية وسلامة التدخلات الدوائية والنفسية والتكميلية والطب البديل لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال

كانت التدخلات ذات الأهمية هي الأدوية (المنشطات ، غير المنبهات ، مضادات الاكتئاب، مضادات الذهان ، والأدوية الأخرى غير المرخصة) ، النفسية (التدريب السلوكي والمعرفي والارتجاع العصبي) والطب التكميلي والبديل (العلاج الغذائي ، الأحماض الدهنية ، الأحماض الأمينية ، المعادن ، العلاج بالأعشاب والمعالجة المثلية والنشاط البدني). كانت النتائج الأولية الفعالة (استجابة العلاج) والمقبولة (التوقف عن كل الأسباب). تضمنت النتائج الثانوية التوقف بسبب الأحداث الضائرة (التحمل).

يبدو أن العلاج السلوكي مع المنشطات أفضل من المنبهات أو غير المنشطات. بدت المنشطات متفوقة على العلاج السلوكي والتدريب المعرفي وغير المنبهات. أظهر العلاج السلوكي والمنشطات ومزيجها أفضل صورة للقبول. يبدو أن المنشطات وغير المنشطات جيدة التحمل. من بين الأدوية ، بدأ ميثيلفينيديت ، أمفيتامين ، أتوموكسيتين ، جوانفاسين وكلونيدين

أكثر فعالية بشكل ملحوظ من العلاج الوهمي. بدأ ميثيلفينيديت والأمفيتامين أكثر فعالية من أتوموكسيتين وجوانفاسين. بدأ ميثيلفينيديت وكلونيدين مقبولين بشكل أفضل من الدواء الوهمي وأتوموكسيتين. ارتبطت معظم العلاجات الدوائية الفعالة بأضرار (فقدان الشهية ، فقدان الوزن والأرق) ، ولكن لم يتم ملاحظة زيادة مخاطر الأحداث الضائرة الخطيرة. لا يوجد دليل على التدريب المعرفي ، والارتجاع العصبي ، ومضادات الاكتئاب ، ومضادات الذهان ، والعلاج الغذائي ، والأحماض الدهنية ، وغيرها من الطب التكميلي والبدل .

قد توجد اختلافات سريرية بين العلاج الدوائي وغير الدوائي المستخدم في إدارة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

تم استخدام مجموعة متنوعة من التدخلات لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، بما في ذلك التدخلات الدوائية والنفسية ، والعلاجات العشبية والمثلية ، والإدارة الغذائية.

المقارنة السليمة من الناحية المنهجية لتقييم ومقارنة خيارات علاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه المختلفة. على سبيل المثال ، ما هي طريقة علاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه التي تعمل بشكل أفضل عند الأطفال والمراهقين ، أم التدخلات النفسية أم العلاج الدوائي أم كلاهما؟ أي من بين المجموعات العريضة من التدخلات العلاجية ، هل هناك أي علاج معين أفضل إكلينيكيًا (أو أدنى) من الآخرين؟

لأن الميثيلفينيديت قد استخدم لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لأكثر من 50 عامًا وهو الآن أكثر الأدوية الموصوفة بشكل متكرر لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في جميع أنحاء العالم

العلاج السلوكي وحده له تأثير محدود فقط على أعراض أو عمل الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، على الرغم من أن الجمع بين العلاج السلوكي والأدوية يبدو أنه يحسن الأداء وقد يقلل من كمية الأدوية (المنشطة) المطلوبة. المقارنة بين المنشطات (بشكل رئيسي الميثيلفينيديت والأمفيتامينات) لا تشير إلى أن فئة واحدة تفوقت على الأخرى.

قام مركز الممارسة القائمة على الأدلة - بموجب عقد مع وكالة إعادة البحث عن الرعاية الصحية والجودة وبالشراكة مع AAP ومنظمات أخرى) بمراجعة فعالية وسلامة التدخلات

الدوائية وغير الدوائية على المدى القصير والطويل في اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والفعالية النسبية للعلاجات الفردية مقابل العلاج المشترك للحصول على حساب كامل للأدلة.

- مساوئ العلاج الدوائي والسلوكي:

علاج الخط الأول الحالي لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه هو - الأدوية أو الأدوية مع العلاج السلوكي لكل من المريض والأسرة. تتمثل إحدى المشكلات الرئيسية في العلاج الحالي في أنها لا تعالج الفيزيولوجيا المرضية الكامنة المرتبطة باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

تشمل المشكلات المتعلقة بالأدوية - انخفاض فعالية الدواء والأحداث القلبية العكسية غير المرغوب فيها. تسبب هذه الأدوية أيضًا آثارًا جانبية نفسية مثل التغيرات المزاجية والتهيج والاكئاب وتغيرات الشخصية. وبالتالي ، مما يؤدي إلى مشكلة في الامتثال ووقف الدواء. أظهرت الدراسات أن الالتزام بالأدوية يكون أفضل مع تقدم العمر الأصغر ، والعرق الأبيض ، وغياب الأمراض المصاحبة ، وتحسين البيئة الأسرية . يحدث التوقف عن الدواء أيضًا بسبب الوصم ، وبسبب نقص التأثير عند عدم تناوله وعندما يكون الدواء خارج النظام . بصرف النظر عن هذه ، أظهرت الدراسات الحديثة أن الأدوية لم تكن فعالة ضد المجالات العصبية المعرفية كما كان متوقعًا سابقًا .

يحتاج العلاج السلوكي إلى أن تتم إدارته من قبل أخصائي صحة عقلية مدرب. كما نعلم بالفعل أن هناك نقصًا في العاملين المدربين في مجال الصحة العقلية في الولايات المتحدة ، فقد لا يتمكن جميع الأطفال من الوصول إلى هذه الخدمات . أيضًا ، جلسات العلاج هذه لفترة محدودة فقط ، وبالتالي يصعب الحفاظ على الآثار بعد فترة العلاج .

التدخلات الصحية الرقمية (DHI) لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD) عند الأطفال - مراجعة مقارنة للأدبيات بين العلاجات المختلفة و DHI:

الهدف من هذه الدراسة هو مقارنة الأجهزة العلاجية الرقمية القائمة على الألعاب وغيرها من أجهزة DHI مثل (تطبيقات الهواتف الذكية والتقنيات القابلة للارتداء) لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه مع العلاج الدوائي والسلوكي الحالي .

وافقت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) على جهاز علاجي رقمي قائم على الألعاب EndeavorRx ، لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى مرضى الأطفال الذين ينتمون إلى الفئة العمرية من 8 إلى 12 عامًا. تمت التوصية بهذا في المقام الأول لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أو النوع المختلط الذين أظهروا مشكلة في الانتباه. هذا هو أول جهاز علاجي قائم على الألعاب يتم اعتماده من قبل إدارة الأغذية والعقاقير (FDA) لأي نوع من الحالات. وفقًا لإدارة الغذاء والدواء ، فقد ثبت أن هذا يحسن الانتباه الذي يتم قياسه عن طريق الاختبار المعتمد على الكمبيوتر.

في أطفال ADHD يعلم EndeavorRx العقل لتحسين قدرته على التركيز والتبديل الفعال بين المهام. لا يركز الأطفال على إكمال مهمتهم فحسب ، بل قد تجعلهم لعبة الفيديو أيضًا تلاحقهم مخلوقات باطنية أو يستخدمون مهاراتهم في حل المشكلات لإنشاء عالمهم الخاص. هذا هو أول جهاز علاجي قائم على الألعاب يتم اعتماده من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية لأي نوع من الحالات. وفقًا لإدارة الغذاء والدواء ، فقد أظهر هذا تحسينات في الانتباه كما تم قياسه بواسطة الاختبار المعتمد على الكمبيوتر.



وفقًا لإرشادات الممارسة السريرية المحدثة من قبل الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP) ، فإن خيار العلاج الحالي للأطفال (6-11 عامًا) هو العلاج الدوائي و / أو العلاج السلوكي ، ويفضل أن يكون مزيجًا من الاثنين. ومع ذلك ، هناك تسليم غير متكافئ للعلاجات المتاحة حاليًا بين الأطفال. استنادًا إلى دراسات من الولايات المتحدة والمملكة المتحدة ، فإن

معظم الأطفال الذين يحتاجون إلى خدمات الصحة العقلية غير قادرين على الوصول إلى الخدمات. يمكن أن تسبب الأدوية آثارًا جانبية مختلفة بما في ذلك مشكلات الامتثال وقد لا تكون مناسبة لجميع المرضى. يعمل نقص خبراء الصحة العقلية للأطفال المدربين كحاجز أمام تقديم العلاج السلوكي ، يمكن استخدام العلاج الرقمي كبديل في هذه الحالات .

الهدف: الهدف من هذه الدراسة هو مقارنة جهاز علاجي رقمي قائم على الألعاب وغيره من تقنية DHI (تطبيقات الهواتف الذكية ، والتقنيات القابلة للارتداء) مع العلاج الدوائي والسلوكي الحالي المستخدم في علاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

منهجية البحث : بحثنا في PubMed باستخدام مصطلحات البحث "ADHD" ، "التأثيرات المعرفية لألعاب الفيديو". "فوائد ألعاب الفيديو". بحثنا في المقالات بين 1 كانون الثاني (يناير) 2008 و 31 تموز (يوليو) 2020. اقتصرنا بحثنا على المنشورات باللغة الإنجليزية. في المجموع ، قمنا بمراجعة 16 ورقة بحثية تركز على ألعاب الفيديو والتأثيرات المعرفية و DHI. نظرنا أيضًا إلى المعيار الحالي للرعاية في كتاب نيلسون لطب الأطفال وبحثنا في مقالات عن الآثار الجانبية للعلاج الحالي. بحثنا في PubMed باستخدام مصطلحات البحث "علاج ADHD" "العلاج الدوائي / غير الدوائي" ، "الآثار الجانبية". لقد نظرنا هنا في المقالات بين 1 كانون الثاني (يناير) 2012 وحتى 31 تموز (يوليو) 2020. لقد راجعنا 7 مقالات للحصول على صورة كاملة عن الآثار الجانبية وقضايا الامتثال للعلاج الحالي. لقد نظرنا أيضًا في الفيزيولوجيا المرضية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه من حتى الآن. في المجموع ، قمنا بمراجعة 36 مقالة للكتابة.

العلاج الرقمي :

تمت الموافقة على العلاج الرقمي المستند إلى الألعاب من قبل إدارة الأغذية والعقاقير (FDA) في 15 يونيو 2020 ، لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أو النوع المختلط الذي أظهر مشكلة في الانتباه لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 8-12. الجهاز العلاجي الرقمي الوحيد المتاح في الولايات المتحدة هو EndeavorRx1.

تم تشخيص الأشخاص الذين شملتهم الدراسة سابقًا على أنهم مصابون باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، وليس على أي من أدوية ADHD ، وبدون أمراض مصاحبة نفسية مهمة أخرى. في التجربة ، كانت النتيجة الأولية مقياسًا موضوعيًا للانتباه لدى مرضى الأطفال تم إجراؤه باستخدام برنامج اختبار قائم على الكمبيوتر يسمى اختبار متغيرات الانتباه (TOVA 1). كان هناك تحسن كبير في الانتباه والسيطرة المعرفية ، كما نظروا إلى تدابير إضافية متعلقة بالاهتمام مثل - متوسط وقت رد الفعل وتغير الاستجابة ، والذي أظهر تحسنًا كبيرًا.

هذه النتائج الثانوية هي مقياس لمقاييس أداء الانتباه. كانت نتائج هذه الدراسة متوافقة مع الدراسات السابقة التي أجريت على التحكم المعرفي و DHI . نظرًا لأن الدراسة لم تظهر أي آثار جانبية خطيرة في المجموعة مع DHI ، يمكن إضافة ذلك بأمان إلى مستوى الرعاية ، كما يمكن استخدام DHI في حالة ضعف خدمات الصحة العقلية ، نظرًا لكونه علاجًا يعتمد على الألعاب ، فإنه يتمتع بامتثال جيد جدًا بين الأطفال .

- تأثير ألعاب الفيديو على الوظائف الإدراكية وبنية الدماغ:

تحدد القدرات المعرفية نجاحنا في المدرسة والعمل وتحدد كفاءتنا في الأنشطة اليومية. يمكن تعديله من خلال التدريب الشامل ليكون له تأثيرات إيجابية على المكاسب الوظيفية السلوكية والنفسية والواقعية. لقد ثبت أن استهداف القدرات المعرفية وتحديدها يمكن أن يحسن القدرات المعرفية الأساسية مثل سرعة المعالجة والذاكرة العاملة والتفكير السلس .

بناءً على بحث سابق ، تم افتراض أن شبكات الدماغ المشاركة في اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه يمكن تعزيزها وبالتالي يمكن تحقيق تحسينات في الوظائف المعرفية. أظهرت الدراسات أن عجز الذاكرة العاملة الذي لوحظ في اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه يرجع إلى أوجه القصور في اليقظة البصرية والتشفير .

هناك طريقتان مختلفتان لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بناءً على التدريب المعرفي. يعتبر المرء أن التدريب المعرفي يمكن استخدامه كعلاج أساسي لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه استنادًا إلى الفرضية القائلة بأن المسارات السببية تتوسطها عيوب نفسية عصبية . وبالتالي ، يمكن استخدام تقوية هذه العيوب النفسية العصبية لتقليل أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والضعف المرتبط بها. النهج الثاني هو استخدام التدريب المعرفي كعلاج مساعد يقلل من العجز النفسي العصبي ولا يؤثر على الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه .

أظهرت دراسات مختلفة أن ألعاب الفيديو قد حسنت الوظائف المعرفية من خلال زيادة الذاكرة العاملة وسرعة المعالجة والانتباه . كان هناك دليل على زيادة إفراز الدوبامين بسبب ألعاب الفيديو. أظهرت ألعاب الفيديو أيضًا أنها تغير معالجة المكافآت . أظهرت الدراسات الاستباقية والرجعية أن ألعاب الفيديو يمكن أن تغير بنية الدماغ ووظيفته. يؤثر على بنية الدماغ من خلال:

- زيادة حجم المادة الرمادية

- هذه الزيادة في الحجم تحدث في الحُصين ، ومركب الفص الجبهي الظهراني ، والمخيخ .

- تفعيل نمط الدماغ الإقليمي .

- زيادة تدفق الدم إلى القشرة الدماغية عن طريق تغيير تفاعل شبكة الدماغ .

- هناك أيضًا بعض الأدلة على تأثير ألعاب الفيديو على مرونة المادة البيضاء .

علم الأعصاب الإدراكي لديه القدرة على علاج أمراض مثل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. يمكن القيام بذلك عن طريق ربط أنظمة الدماغ بالتدخلات الرقمية المستهدفة . نظرًا لأننا نعلم علم الأمراض العصبي المتضمن في تطوير اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ، فقد أظهر التدريب المعرفي أنه يمكن أن يعالج معظم هذه المشكلات. يتم ذلك عن طريق زيادة تدفق الدم إلى القشرة الدماغية ، وزيادة حجم المخ ، وزيادة إفراز الدوبامين ، وأيضًا عن طريق معالجة المكافأة (التي تعد جزءًا من العلاج السلوكي). على الرغم من أن الدراسات السابقة كانت قادرة على إظهار وجود ارتباط بين التدريب المعرفي وتأثيراته على بنية ووظيفة الدماغ ، لم يكن هناك خيار علاجي متاح. تم تصحيح هذه المشكلة من خلال Akili Interactive Labs من خلال تقديم جهاز علاجي رقمي قائم على الألعاب في الولايات المتحدة يسمى EndeavorRx بعد تجربة تحكم عشوائية . لقد ثبت أن الجهاز يحسن عدم الانتباه الذي تم قياسه بشكل موضوعي لدى مرضى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه .

- فوائد ممارسة ألعاب الفيديو:

أظهرت ألعاب الفيديو أن لها الفوائد التالية - المعرفية والتحفيزية والعاطفية والاجتماعية .

الفوائد المعرفية - أسهل في القياس وقد أجريت دراسات مكثفة لإثبات ذلك.

أظهر التحليل التلوي أن تحسين المهارات المكانية الذي يتم تحقيقه من خلال ممارسة ألعاب الفيديو يمكن مقارنته بالدورات المقدمة في المدرسة الثانوية أو الجامعة والتي تهدف إلى تحسين نفس المهارات. زادت ألعاب الفيديو أيضًا من القدرة على حل المشكلات وأظهرت بعض المهارات المكتسبة من خلال ممارسة الألعاب فوائد حقيقية . الفوائد التحفيزية - أظهرت الدراسات أن ألعاب الفيديو يمكن أن تؤدي إلى دافع دائم ومتفائل ، والذي قد يؤدي بدوره إلى تطبيق هذا في المدرسة والعمل .

الفوائد العاطفية - يمكن لألعاب الفيديو أن تثير المشاعر الإيجابية والسلبية . أظهرت الألعاب أنها تتمتع بتجربة إيجابية عاطفية مكثفة ، ولكن في الوقت نفسه ، يمكن أن تثير أيضًا

- الغضب والقلق والحزن . لا تزال مهارات تنظيم العاطفة المكتسبة من خلال الألعاب غير واضحة وتحتاج إلى مزيد من البحث .

الفوائد الاجتماعية - يتعرض الأطفال الذين يلعبون ألعاب الفيديو ، وخاصة الألعاب متعددة اللاعبين عبر الإنترنت ، لمجموعة أكبر من الأشخاص بصرف النظر عن أصدقائهم المقربين وعائلاتهم . يتكيفون ويتفاعلون معهم في بيئة الألعاب . وهذا بدوره قد يؤدي إلى تطوير المهارات الاجتماعية التي يمكن أن يكون لها فوائد في العالم الحقيقي .

ألعاب الفيديو في الطب - يهتم المجتمع الطبي بالتأثيرات الإيجابية لألعاب الفيديو .

أحد أجهزة الألعاب هو - Re-Mission . تم تصميم هذا لمرضى سرطان الأطفال . تشير الدراسات إلى أن الأطفال في هذه اللعبة قد زادوا من الامتثال للعلاج ، والكفاءة الذاتية ، والمعرفة حول مرض السرطان لديهم . هذا هو أحد العلاجات السابقة الناجحة القائمة على الألعاب .

إلى جانب الجهاز العلاجي الرقمي المستند إلى الألعاب ، قد يكون للتدخلات الصحية الرقمية الأخرى (DHI) مثل تطبيقات الهواتف الذكية والتقنيات القابلة للارتداء إمكانات في علاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه . حتى الآن ، أظهرت الدراسات المتاحة فعالية غير مؤكدة . مع المزيد من البحث مع حجم عينة أكبر ، وفترة متابعة أطول مع دراسة عشوائية معشاة يمكن أن تثبت فعاليتها . يمكن استخدام DHI كعلاج مساعد إلى جانب العلاج الطبي .

- القيود

القيود الرئيسية لدراسات التدريب المعرفي هي - حجم العينة الأصغر ، وقصر مدة العلاج ، والمتابعة . نظرت معظم الدراسات المعرفية في تدريب الذاكرة العاملة فقط . يجب النظر في جوانب أخرى من التركيبات العصبية النفسية للحصول على فكرة أفضل . على الرغم من الموافقة على جهاز علاجي قائم على الألعاب ، ما زلنا بحاجة إلى النظر في فعالية العلاج في العالم الحقيقي . أيضًا ، تمت الموافقة على العلاج الحالي فقط في حالة عدم الانتباه أو النوع المركب من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه للأطفال ضمن الفئة العمرية من 8 إلى 12 عامًا .

- مزيد من البحوث:

- مزيد من البحث ضروري لاستكشاف فعالية العلاج الرقمي من خلال تطبيق أوسع في الممارسة السريرية. تم توضيح المزايا العديدة للعلاج الرقمي أدناه:
 - تتمتع الأجهزة العلاجية القائمة على الألعاب بجاذبية متزايدة للأطفال ، مما يجعل العلاج تجربة ممتعة.
 - تؤدي الأجهزة سهلة الاستخدام إلى زيادة الامتثال.
 - يمكن استخدامها في المنزل دون أي إشراف طبي.
 - يمكن أن توفر تقنية DHI مثل الهواتف المحمولة والتقنيات القابلة للارتداء وصولاً متزايداً للمرضى حيث يسهل حملها ويمكن للمريض الوصول إليها في أي وقت إذا لزم الأمر.
 - أيضًا ، يمكن لهذه الأجهزة إبطال الآثار الجانبية غير المرغوب فيها والوصم الناتج عن الأدوية.
- قد تكون هذه بعض الأسباب المحتملة لإجراء مزيد من البحث وبالتالي التوصل إلى خيار علاجي أكثر فاعلية يغطي سيناريو حالة سريرية أوسع.

الدراسة العملية:

تم اعتماد استبيان يشمل مجموعة من الاسئلة في مجموعات لقياس شدة الاعراض .
تشمل المجموعات :

1. اعراض ضعف الانتباه لدى الطفل
2. اعراض فرط الحركة
3. اعراض الاندفاعية

وتقسم إلى جزئين جزء للأسئلة الموجهة للأسرة وجزء للأسئلة الموجهة للمدرسة او المعلم او المرشد. تم تلقي 45 رد على الاستبيان

الجزء الأول: استبيانات الأسرة

الجدول 1: اعراض ضعف الانتباه لدى الطفل حبيب الأسرة				
	نادرا	قليلًا	غالبًا	دائمًا
1- ضعف القدرة على الانتباه والتركيز	21	13	9	2
2- ضعف القدرة على الادراك التفاصيل والعلاقات	26	15	2	2
3- يعاني من الشرود واحلام اليقظة	19	14	9	3
4- يفشل في اتمام المهام التي يبدأها	18	20	2	5
5- يعاني من الذهول والحيرة او الارتباك	25	12	6	2
6- ينتقل من نشاط لآخر دون مبرر	18	11	7	9
7- يروي قصصاً غير حقيقية أو كاذبة	27	9	6	3
8- لا يستمع او يصغي الي التعليمات التي تقدم اليه	18	15	8	4
9- كثيرا ما ينشغل بذاته باصابعه، ملابسه، بشعره	20	12	11	2
10- من السهل قيادته من الغير	22	17	3	3
11- يتشتت انتباهه بسبب المثيرات وبشكل غير عادي	16	19	8	2
12- ينسى اشياء او ادوات هامة	17	18	6	4
13- التعرض الي حوادث بسبب نقص الانتباه	24	13	6	2
14- يتجنب المهام الصعبة التي تتطلب جهداً عقلياً	25	9	8	3
15- يفشل في تنظيم المهام او الاشياء في حياته	21	15	5	4

في الجدول السابق لدراسة اعراض ضعف الانتباه في استبيان الأسرة نجد أن ضعف القدرة على الانتباه والتركيز كان موجودا غالبا بنسبة (19%) من عينة الدراسة . أيضا كانت الحركات التي تشغل الطفل بذاته كلمس الشعر والاصابع والملابس موجودة غالبا بنسبة 23% تقريبا . بينما وجدنا ان 9 أطفال (19%) كانوا دائما ما ينتقلون من نشاط لآخر دون مبرر .

الجدول 2: اعراض فرط الحركة حسب الأسرة				
	نادرا	قليلًا	غالبًا	دائمًا
1- اعمال وسلوكيات كثيرة مزعجة وغير هادفة	22	11	5	7
2- الجري والقفز والتسلق	11	14	11	9
3- اتلاف الاشياء وبعثرتها	19	12	9	5
4- القفز على الاثاث والاشياء	11	15	12	7
5- الهروب من المنزل	37	5	1	2
6- القيام باعمال مرفوضة من الاخرين	25	10	7	3
7- محب للعراك مع الاخرين	21	11	8	5
8- يجلس خارج المنزل	31	6	5	3
9- قاسي على الحيوانات	36	2	5	2
10- لا ينسجم مع اخواته او الاخرين	26	13	5	1
11- لا يتمتع بعملية اللعب	30	9	5	1
12- سلوكه طفلي وغير ناضج	20	15	8	2
13- غير متعاون مع الاخرين	31	8	4	2
14- يبعث بعدة اشياء وقد يركز على ذاته	17	16	11	1
15- يكتب عدة اشياء متتابعة	23	10	8	4
16- يمص او يمضغ الابهام او الملابس او البطانية	34	8	2	1
17- ينقل اشياء على كتفه من مكان لآخر	31	6	4	4
18- يقاوم النظم والقواعد ويخالف المواعيد	18	18	5	4
19- يقوم بسرقة الاشياء	40	4	0	1
20- مطيع باستياء او بامتعاض	16	11	15	3
21- قاسي وتصرفاته وحشية	33	6	3	3
22- متمرد وعنيد وغير مطيع	23	13	5	4
23- صعب في تكوين صداقات والتواصل مع الاخرين	26	15	3	1
24- ينكر الاخطاء ولوم الاخرين له	25	6	11	3
25- كلامه غير واضح ومختلف عن الاطفال الاخرين	34	7	2	2
26- يمكن ان يقوم بسلوك مضاد للمجتمع كاشعال النار	35	3	5	2
27- يمكن ان يمارس الجنس مع الاخرين	43	0	0	2
28- يتجنب الاعتذار	20	11	12	2

في الجدول 2 لدراسة اعراض فرط الحركة في استبيان الأسرة نجد أن الجري والقفز والتسلق كان موجودا غالبا بنسبة (25%) ودائما عند 19% من عينة الدراسة . أيضا كان القفز على الاثاث والاشياء موجودا غالبا بنسبة 26% تقريبا . بينما وجدنا ان 11 طفل (24%) كانوا غالبا ما يبعثون بعدة اشياء وقد يركزون على ذاتهم . وكان 12 طفلا (26%) غالبا ما يتجنب الاعتذار .

الجدول 3: اعراض الاندفاعية حسب الأسرة				
	نادرا	قليلًا		
1- افراط حركي اندفاعي لا يهدأ	22	9	7	7
2- عناد ومعارضه	12	19	8	6
3- لا يستطيع السيطرة على افعاله	19	15	8	3
4- يصعب عليه الانتظار	9	15	11	10
5- يلامس احيانا اشياء غير متوقعة	26	15	2	2
6- سرعان ما تتجرح مشاعره	8	8	15	14
7- يتغير المزاج بسرعة وبشدة او صراحة	15	12	13	5
8- دائم الشجار ومولع بالعراك مع الاخرين	26	7	8	4
9- يضجر بسرعة ويعاني من الملل	7	19	12	7
10- يتعرض بسرعة للاحباط في الجهود التي يقوم بها	11	23	7	4
11- من السهل ان يصرخ او يبكي	15	11	10	9
12- غير قادر على ايقاف حركاته	19	10	11	5
13- نجده متحهما عبوسا مستاء	21	17	3	4
14- ممكن ان يفضح السر بسرعة وسهولة	24	9	6	6
15- يقحم نفسه في امور لا علاقة له بها	14	17	8	6
16- ضرب الاخرين بعنف	33	6	3	3
17- اتلاف الاشياء	23	13	5	4
18- يجب ان تؤدي مطالبه في الحال	11	13	13	8

في الجدول 3 وجدنا أن 21 طفلا (44%) غالبا او دائما ما يصعب عليهم الانتظار. بينما 61% من الاطفال سرعان ما تتجرح مشاعرهم أغلب الاوقات. كان 19 طفلا (40% من السهل ان يصرخوا او يبكوا, بينما كان 27% من الاطفال يجب أن تؤدي مطالبهم في الحال غالبا.

الجزء الثاني: استبيانات المعلم

الجدول 4: اعراض ضعف الانتباه لدى الطفل حسب المعلم				
	نادرا	قليلا	غالبا	دائما
1- ضعف مدى الانتباه	25	13	4	3
2- يحتاج الى جهد للانتباه الى تعليمات المعلم	25	11	4	5
3- يعاني من الذهول والحيرة او الارتباك	23	13	5	4
4- الفشل في اتمام المهام او الانشطة التي يبدأها	26	11	5	3
5- انتقال الطفل من شيء لآخر او من نشاط لآخر بشكل مزعج وغير هادف	27	9	3	6
6- لا يصغي او يستمع للآخرين	27	8	5	5
7- ليس لديه القدرة على متابعة التفاصيل	19	16	7	3
8- ليس لديه القدرة على الفهم والاستيعاب وادراك العلاقات	27	11	4	3
9- ليس لديه القدرة على التركيز	28	9	3	5
10- يعاني من تخلف دراسي او صعوبة في مجال التعلم	35	4	3	3
11- يعاني من الشرود واحلام اليقظة	24	13	5	3
12- كثير ما ينشغل بذاته	22	14	3	6
13- تشتت انتباهه بسرعة بفعل المثيرات وبشكل غير عادي	19	19	3	4
14- ينسى الاشياء الهامة لانها المهام	23	16	2	4
15- يفشل في تنظيم المهام وتنفيذها	23	16	2	4
16- يفشل في متابعة التعليمات التي توجه اليه	18	21	3	3
17- يتجنب المهام التي تتطلب جهدا عقليا وانتباها وادراكا وغير ذلك	30	6	5	4
18- التعرض للحوادث بسبب نقص الانتباه	28	8	4	5
19- يفقد بعض الاشياء والادوات	18	15	9	3
20- عدم الاهتمام او اللامبالاة بعملية التعلم	24	11	6	4

في الجدول 4 وجدنا أن 21 طفلا (44%) يفشل في متابعة التعليمات التي توجه اليه بشكل قليل . بينما 15 طفلا يفقد الاشياء والأدوات قليلا و20% غالبا.

الجدول 5: اعراض فرط الحركة حسب المعلم				
	نادرا	قليلًا	غالبًا	دائمًا
1- الخروج من الصف عدة مرات دون مبرر	27	8	7	3
2- سلوكيات متكررة لدرجة الازعاج	25	6	10	4
3- عدم الراحة مع الاحساس بالملل والتلوي اثناء الجلوس على المقعد	17	14	9	5
4- يسبب صخبًا وضوضاء داخل الصف	25	10	6	4
5- يزجج الاطفال الاخرين في الصف ولا ينسجم معهم	30	8	5	2
6- غير متعاون مع معلميه او المشرفين عليه	29	10	4	2
7- لا يستجيب للتعليمات منمرد او خارج عن الطاعة	27	11	6	1
8- يظهر سلوك العناد والمعارضة	19	17	6	3
9- تظهر عليه اعراض اللامبالاة او الاهمال	20	18	6	1
10- يمكن ان يدفع الاخرين في الصف	28	9	5	3
11- عدم ممارسة الانشطة	29	11	3	2
12- التواصل الاجتماعي مع الاخرين ضعيف	25	14	4	2
13- يتهم الاخرين باستمرار	29	9	5	2
14- تغيب عن المدرسة دون عذر	30	9	5	1
15- يخالف الانظمة والمواعيد ويكره ان تقيده النظم او القواعد	28	7	9	1
16- يتجنب الاعذار	21	13	7	4
17- سلوكه لا يمكن توقعه	22	12	10	1
18- من السهل قيادته من الاطفال الاخرين	24	11	6	4
19- كلام : يتكلم كثيرا بشكل مختلف عن الاطفال الاخرين من نفس العمر - ، طفلي ، تهته	27	9	8	1

في الجدول 5 كان 21% من الأطفال لديهم سلوكيات متكررة لدرجة الازعاج غالبًا. وكان 20% منهم يشعرون بعدم الراحة مع الاحساس بالملل والتلوي اثناء الجلوس على المقعد. وكان 19% من الاطفال يقومون بسلوك لا يمكن توقعه غالبًا.

الجدول 6: اعراض الاندفاعية حسب المعلم				
	نادرا	قليلًا	غالبا	دائما
1- لا يستطيع السيطرة على افعاله	28	9	6	2
2- يجب ان تؤدي مطالبه في الحال	14	12	10	9
3- انفجار المزاج والقيام بسلوك غير متوقع	23	15	5	2
4- حساس بشدة لعملية النقد	9	16	12	8
5- يبكي كثيرا وبسهوله	12	16	8	9
6- صعوبة ارجاء رد الفعل او الاستجابة	24	7	11	3
7- يجيب عن السؤال قبل اتمامه	13	12	14	6
8- محب للعراك ودائما في حالة غضب واستياء	30	3	8	4
9- اقحام نفسه في امور لا ميرر لها	27	5	9	4
10- مقاطعة الاخرين في الحديث	11	20	4	10
11- غير قادر على ايقاف حركاته المتكررة	16	15	10	4
12- ينكر الاخطاء ولوم الاخرين له	16	15	10	4
13- مطيع باستثناء وبامتعاض	21	9	11	4
14- وقاحة مع قلة الحياء في افعاله	32	4	5	4
15 ضرب الاخرين بعنف	34	5	2	4
16- يركض ويقفز بسرعة	20	7	10	8

في الجدول السادس وجدنا ان 19 طفلا (40%) غالبا او دائما ما يجب ان تؤدي مطالبهم في الحال. و 41% من الاطفال كانوا حساس بشدة لعملية النقد غالبا . وكان 10 أطفال (21%) يتعمدون مقاطعة الاخرين في الحديث.

الخلاصة :

لم تكن العلاجات النفسية / السلوكية بدون علاج دوائي فعالة في إدارة الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. لم يتفوق العلاج المشترك على الدواء وحده ، على الأقل عند فحص أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه الأساسية.

النتائج كانت غير متسقة فيما يتعلق بفائدة الجمع بين العلاجات النفسية / السلوكية والأدوية مقابل العلاج النفسي / الدوائي وحده ، مع العلاجات المدمجة التي تبدو أكثر فعالية عند النظر في تصنيفات الوالدين ، ولكن ليس من المعلم ، لأعراض ADHD.

مرة أخرى ، الاستنتاجات محدودة بسبب ندرة الدراسات التي يتم التحكم فيها جيدًا ، والعدد القليل من المشاركين في تلك الدراسات ، وتقييم آثار العلاج التي تركز على الأعراض الأساسية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه كما تم التقاطها من خلال مجموعة ضيقة من مقاييس تصنيفات السلوك.

لا تزال الأبحاث العملية التي يمكن أن نخبرنا عن أي تأثيرات تفاضلية للأدوية أو العلاج أو الجمع بينهما في أنواع معينة من المرضى منطقة مجهولة إلى حد كبير. لا تسمح لنا البيانات المجمعة التي يتم تقييمها في نهاية العلاج بتحديد الفروق الفردية استجابةً للعلاج المشترك بمرور الوقت. مثل هذه الدراسات ستكون مكلفة ومعقدة. نظرت الدراسات المبكرة في النتائج في نهاية العلاج دون بذل أي جهد للنظر في مشكلات العملية ، أو التفاعلات بين العلاجات ، أو متغيرات محددة للمريض من شأنها أن تجعل المرضى أكثر ملاءمة لنهج معين واحد أو مجموعة. عندما أصبحت العلاجات أكثر فعالية ، أصبح من الصعب تحديد ما إذا كان الجمع بين العلاجين سيكون أقوى من أي من العلاجين بمفرده. تتطلب العلاجات عالية الفعالية دراسات كبيرة جدًا لتحديد ما إذا كانت أي فائدة مستمدة من مزيجها. إن حساب وتعقيد مثل هذه الدراسات يحدان من تكرار حدوثها. نظرًا لأن الأدوية والعلاج بشكل مستقل لهما تأثير كبير مقارنة بالدواء الوهمي في الاكتئاب والقلق ، فهناك حافز أقل لإجراء تقييمات معقدة ومكلفة للآثار المفيدة أو الضارة للمزيج. كانت الدراسات المبكرة للعلاج المشترك صغيرة ، ولكن كان لها بعض الاتجاهات غير المهمة نحو زيادة معدل الاستجابة لأولئك المرضى الذين تلقوا علاجًا مشتركًا. تشير التجارب السريرية واسعة النطاق إلى فائدة كبيرة إلى حد ما من الجمع بين شكل

من أشكال العلاج المعرفي السلوكي والأدوية مقابل أي علاج بمفرده في مجموعة من المرضى المزمنين الذين لديهم استجابة محدودة للعلاج الأحادي.

أما بالنسبة للعلاجات الرقمية على الرغم من كونه علاجًا جديدًا ، إلا أن هناك مجالًا كبيرًا للتحسينات والتطورات المحتملة في العلاج الرقمي. يجب تكرار التحسينات في التأثيرات المعرفية بسبب التدريب المعرفي بواسطة الأجهزة الرقمية / ألعاب الفيديو في مواقف العالم الحقيقي وتطبيقها في الحياة اليومية. يمكن أن يلعب العلاج الرقمي دورًا حيويًا في إدارة حالات الصحة العقلية الأخرى. ينبغي إجراء مزيد من البحوث والمنح لتسهيل هذه المشاريع البحثية من قبل الهيئات والمؤسسات الرئاسية. يمكن أن يتم الربط مع شركات التكنولوجيا العملاقة وجعلها في متناول الجمهور بسهولة .

تشير الدراسات الحديثة إلى دور واعد جدًا للعلاج المعرفي السلوكي في السيطرة على أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وتحسين النتائج الوظيفية والأكاديمية والاجتماعية. ليس لها نفس فعالية المنشطات ولكن لها آثار جانبية أقل ونتائج معرفية أفضل على المدى الطويل في مرحلة البلوغ. كما أن تنوع المعالجات الداخليين وكذلك الصعوبات التي قد يواجهها الآباء في ضمان حضور الجلسات هي بعض التحديات التي تجعل التدخلات السلوكية أكثر صعوبة في الاستمرار. يتطور العلاج السلوكي المعرفي (CBT) باستمرار باستخدام استراتيجيات وأساليب جديدة وقد يثبت أنه أكثر فاعلية مما كان يعتقد من قبل. حتى يتم إجراء المزيد من الدراسات العشوائية المضبوطة لمقارنة الفعالية طويلة المدى والفوائد قصيرة المدى الخاصة بالأعراض ، فإن الحكم بشأن أفضل شكل من العلاج سيظل غير حاسم.

قد يكون تطوير العلاج المعرفي السلوكي كتدخل في السنوات الأخيرة هو السبب وراء قيام الدراسات الحديثة بتقييم فوائد التدخلات السلوكية.

ومن الواضح أن التدخلات الدوائية ليست علاجات فعالة لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه مع فوائد مستدامة. هناك حاجة إلى معايير صارمة لإجراء دراسات مقارنة قوية. يؤدي عدم وضوح مصطلحات مثل "المدى الطويل" و "الأداء" و "النتائج" و "الأداء الأكاديمي" و "الاستجابة العاطفية" و "التفاعلات الاجتماعية العادية" إلى غموض الباحثين والأطباء والمرضى

وأسرهم. تفتقر التدخلات السلوكية إلى التجارب السريرية العشوائية للمساعدة في تحديد تأثيرها على أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه الأساسية. هناك العديد من المتغيرات المركبة التي يمكن أن تؤثر على التوظيف والاحتفاظ وجمع البيانات وتفسيرها. عند التوظيف ، غالبًا ما يكون اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه الشديد مرتبطًا بالقلق والتحدي والسلوك التخريبي مما يجعل من الصعب على الباحث الحصول على عينة نقية من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه فقط. في المرضى الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه الخفيف ، قد لا تظهر الأعراض حتى وقت لاحق في الحياة عندما تظهر بالاكتئاب والقلق و / أو تعاطي المخدرات.

هناك أدلة محدودة تؤيد أو تعارض الجمع بين العلاج في اضطرابات معينة ، لم يتم تصميم منهجية لمراجعة جميع التشخيصات التي تمت مواجهتها في الممارسة السريرية ، ولكن لتركيز الانتباه على العروض السريرية الأكثر شيوعًا والتي يوجد دليل على كيفية المضي قدمًا في كلا العلاجين. تم تصميم منهجية لمراجعة الأدلة ومناقشة التحديات المحددة في العلاج المشترك مع اضطراب معين. نركز على الخصائص السريرية المحددة التي يمكن أن تستفيد من الرعاية التعاونية بالإضافة إلى الدليل على النتائج الأفضل عندما يتم الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي والأدوية. هناك اهتمامًا خاصًا بالسلوك الانتحاري وإدارة هذه المشكلة السريرية الصعبة عندما يكون هناك مقدمان للعلاج. تتطلب هذه المجموعة من المرضى رعاية تعاونية حتى لو لم يتم وصف الأدوية النفسية ، بسبب الحاجة إلى المسؤولية المزدوجة بالاشتراك مع طبيب الرعاية الأولية أو طبيب الأطفال.

على الرغم من تصنيف العديد من أشكال العلاج القائمة على الأدلة على أنها العلاج المعرفي السلوكي (على سبيل المثال ، علاج حل المشكلات ، والعلاج المعرفي) مصممة لتوضيح الفرص والتحديات التي تواجه معظم الأطباء. لقد استخدمت مصطلحات المريض والمعالج والوصف ، مع العلم أن الممارسين الآخرين لديهم اتفاقيات وفلسفات مختلفة حول هذه المصطلحات. إنني ندرك أن دور الوصف غالبًا ما يستلزم أكثر بكثير من الخبرة الدوائية ، وغالبًا ما يكون هذا المريض مصطلحًا يُنظر إليه على أنه أقل ملاءمة للأفراد في علاج الصحة العقلية

المراجع:

المراجع العربية:

1. دكتورة فائقة محمد بدر ،دكتور سيد علي سيد أحمد، كتاب اضطراب الانتباه لدى الأطفال أسبابه تشخيصه وعلاجه، ط1، القاهرة، 1999 م
2. شوقي أحمد غانم ، كتيب اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، (اللادقية)، 20\ 12\ 2019\ م.
3. كتيب دليل الأسرة، الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، رقم السلسلة 180، رقم الإصدار 7314، ص 5 و6 و13.

المراجع الأجنبية:

1. Felt, Barbara T., Bernard Biermann, Jennifer G. Christner, Param Kochhar, and Richard Van Harrison. "Diagnosis and management of ADHD in children." American Family Physician 90, no. 7 (2014): 456-464.
2. Rajeh, Adnan, Shabbir Amanullah, K. Shivakumar, and Julie Cole. "Interventions in ADHD: A comparative review of stimulant medications and behavioral therapies." Asian journal of psychiatry 25 (2017): 131-135.
3. Pan, Mei-Rong, Fang Huang, Meng-Jie Zhao, Yan-Fei Wang, Yu-Feng Wang, and Qiu-Jin Qian. "A comparison of efficacy between cognitive behavioral therapy (CBT) and CBT combined with medication in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)." Psychiatry research 279 (2019): 23-33.
4. Catalá-López, Ferrán, Brian Hutton, Amparo Núñez-Beltrán, Matthew J. Page, Manuel Ridaó, Diego Macías Saint-Gerons, Miguel A. Catalá, Rafael Tabarés-

- Seisdedos, and David Moher. "The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic review with network meta-analyses of randomised trials." *PloS one* 12, no. 7 (2017): e0180355.
5. Brown, Ronald T., Robert W. Amler, Wendy S. Freeman, James M. Perrin, Martin T. Stein, Heidi M. Feldman, Karen Pierce, Mark L. Wolraich, and Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. "Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: overview of the evidence." *Pediatrics* 115, no. 6 (2005): e749-e757.
 6. Jensen, Peter S., Stephen P. Hinshaw, Helena C. Kraemer, Nilantha Lenora, Jeffrey H. Newcorn, Howard B. Abikoff, John S. March et al. "ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40, no. 2 (2001): 147-158.
 7. Edition, Fifth. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders." *Am Psychiatric Assoc* 21, no. 21 (2013): 591-643.
 8. Pandian, Gautam SD Balasubramania, Ankit Jain, Qasim Raza, and Kamal Kant Sahu. "Digital health interventions (DHI) for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children-a comparative review of literature among various treatment and DHI." *Psychiatry Research* 297 (2021): 113742.
 9. Attention-deficit/hyperactivity disorder, www.mayoclinic.org, Retrieved 10-10-2020.

10. "Symptoms and Diagnosis of ADHD, www.cdc.gov, Retrieved 10-10-2020.
11. How is ADHD rated www.medicalnewstoday.com, Retrieved 10-10-2020.
12. Sudak, Donna M. Combining CBT and medication: An evidence-based approach. John Wiley & Sons, 2011.
13. Roshanaei-Moghaddam, Babak, Michael C. Pauly, David C. Atkins, Scott A. Baldwin, Murray B. Stein, and Peter Roy-Byrne. "Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety?." *Depression and anxiety* 28, no. 7 (2011): 560-567.
14. López-López, José A., Sarah R. Davies, Deborah M. Caldwell, Rachel Churchill, Tim J. Peters, Deborah Tallon, Sarah Dawson et al. "The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis." *Psychological medicine* 49, no. 12 (2019): 1937-1947.
15. Burns, Amy MN, David H. Erickson, and Colleen A. Brenner. "Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review." *Psychiatric Services* 65, no. 7 (2014): 874-880.
16. Hahn-Markowitz, Jeri, Itai Berger, Iris Manor, and Adina Maeir. "Efficacy of cognitive-functional (Cog-Fun) occupational therapy intervention among children with ADHD: An RCT." *Journal of attention disorders* 24, no. 5 (2020): 655-666.

17. Prasad, Vibhore, Ellen Brogan, Caroline Mulvaney, Matthew Grainge, Wendy Stanton, and Kapil Sayal. "How effective are drug treatments for children with ADHD at improving on-task behaviour and academic achievement in the school classroom? A systematic review and meta-analysis." *European child & adolescent psychiatry* 22, no. 4 (2013): 203-216.
18. Goode, Adam P., Remy R. Coeytaux, Gary R. Maslow, Naomi Davis, Sherika Hill, Behrouz Namdari, Nancy M. Allen LaPointe et al. "Nonpharmacologic treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review." *Pediatrics* 141, no. 6 (2018).
19. Caye, Arthur, James M. Swanson, David Coghill, and Luis Augusto Rohde. "Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment." *Molecular psychiatry* 24, no. 3 (2019): 390-408.
20. Goode, Adam P., Remy R. Coeytaux, Gary R. Maslow, Naomi Davis, Sherika Hill, Behrouz Namdari, Nancy M. Allen LaPointe et al. "Nonpharmacologic treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review." *Pediatrics* 141, no. 6 (2018).
21. Page, Timothy F., William E. Pelham III, Gregory A. Fabiano, Andrew R. Greiner, Elizabeth M. Gnagy, Katie C. Hart, Stefany Coxe, James G. Waxmonsky, E. Michael Foster, and William E. Pelham Jr. "Comparative cost analysis of sequential, adaptive, behavioral, pharmacological, and combined treatments for childhood ADHD." *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 45, no. 4 (2016): 416-427.

22. Caye, Arthur, James M. Swanson, David Coghill, and Luis Augusto Rohde. "Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment." *Molecular psychiatry* 24, no. 3 (2019): 390-408.
23. Christiansen, Lasse, Mikkel M. Beck, Niels Bilenberg, Jacob Wienecke, Arne Astrup, and Jesper Lundbye-Jensen. "Effects of exercise on cognitive performance in children and adolescents with ADHD: potential mechanisms and evidence-based recommendations." *Journal of clinical medicine* 8, no. 6 (2019): 841.