اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة في البالغين

(Adult ADHD / ا.ن.ا.ف.ح في البالغين)

www.arabpsynet.com/Documents/DocJ39SuddadAdultADHD.pdf

د. سداد جواد التميمي
استشاري أمراض النفس - كاردف. المملكة المتحدة

sudad.jawad@btinternet.com

هناك الكثير من الشكوك التي تحوم حول هذا التشخيص في الأطفال و البالغين على حد سواء. لا تقتصر الشكوك حول تشخيص المرض و انما في نسبة انتشاره في المجتمع و علاجه.

لا أحد في استطاعته وضع علامات استفهام حول تشخيص هذا الاضطراب في الأطفال و حتى علاجه هذه الايام، و لكن الأمر غير ذلك في البالغين. الغاية من هذه المقال هي مراجعة مفهوم هذا الاضطراب و علاجه بالعقاقير.

ملاحظة تاريخية:

تفاعل الانسان و السيطرة على مشاعره و اتخاذ الخطوات اللازمة لاتخاذ القرار يمكن ملاحظتها لشخص عظيم كان مسعاه توحيد اليابان يدعى توكيجوا لياسو Tokugawa Leyasu(1543-1616).

مقولته التي خلدها التاريخ هي:

هناك سبعة عواطف: ابتهاج، غضب، حب، حزن، خوف، كراهية. ان لم يستسلم الانسان الى أي من هذه المشاعر نسميه صبور ... تدربت على الصبر طوال عمري.

هذه الملاحظة عن عاطفة الصبر تنطبق على الافراد الذي يشكون من نقص الانتباه و فرط الحركة. ترى الانسان يتسرع في الاجابة على السؤال الذي يوجه اليه، و احياناً يكثر من الحديث في امور لا تعنيه، و يتسرع في اتخاذ القرار في شتى المواقف و من جراء كل ذلك يتم وصفه بإنسان متهور.

تاريخ الاضطراب في العلوم الطبية:

أول من وصف هذا الاضطراب هو استشاري امراض الاطفال البريطاني جورج ستل George Stillفي ثلاثة محاضرات [18] القاها في الكلية الملكية للأطباء في لندن عام 1902. تحدث عن 43 طفلاً يتميزون بضعف الانتباه و فرط الحركة و سلوك غير اخلاقي. كذلك اشار في محاضراته الى حماسهم المفرط و عدم المبالاة بالعقوبات التي توجه اليهم. كان استنتاج الاستشاري الى ان هؤلاء الطفال مصابون بعجز في التوازن الاخلاقي Moral Control.

استحدث الطب في منتصف الخمسينيات مصطلح الحد الأدنى لتلف الدماغ (ح.ت.د) Minimal Brain Damage لوصف ثلاثية متلازمة ضعف الانتباه و فرط الحركة و هي: ضعف الانتباه، فرط الحركة، و التهور. هذا المثلث للمتلازمة كان و لا يزال الركن الاساسي لتشخيص هذا الاضطراب حتى يومنا هذا. كان الاعتقاد السائد بان الحد الادنى لتلف الدماغ يكاد يكون حصراً على الأطفال و لكن في منتصف الستينيات اشارت الدراسات الى ان ح.ت.د يستمر بعد البلوغ. في

هناك الكثير من الشكوك التي تحوم حول هذا التشخيص في الأطفال و البالغين على حد سواء. لا تقتصر الشكوك حول تشخيص المرض و انما في نسبة انتشاره في المجتمع و علاجه

ترك الانسان يتسرع في الاجابة على السؤال الذي يوجه اليه، و احياناً يكثر من الحديث في امور لا تعنيه، و يتسرع في اتخاذ القرار في شتى المواقف و من جراء كل ذلك يتم وصفه بإنسان متهور

السبعينيات من القرن الماضي اشارت بعض الدراسات انحدار هؤلاء الأطفال من عوائل تتميز بتكاثر الصفات المضادة للمجتمع ناهيك عن كثرة تشخيص الادمان على الكحول في الآباء و الامهات على حد سواء [12].

تم استحداث مصطلح اخر في السبعينيات بدلاً من ح.ت.د في البالغين و هو الاختلال الوظيفي للدماغ [10] الذي يستجيب للعلاج بالعقاقير المنبهة و يمثل تشخيصاً طبياً في حد ذاته. استمر تداول مصطلح ح.ت.د. و الاختلال الوظيفي للدماغ حتى منتصف التسعينيات عندما تم اقتراح استعمال اضطراب نقص الأنتباه و فرط الحركة في البالغين [19] الذي يمكن اختزاله ب: **أ.ن.أ.ف.ح.**

بدأ استعمال هذا المصطلح و التشخيص في البالغين في نهاية التسعينيات رغم عدم اعتراف الطب النفسي السريري به ، و لكنه تم استحداثه الان في المجلد التشخيصي و الإحصائي للجمعية الطبية الامريكية [5] في الشهر الخامس لعام 2013، و من المحتمل وجوده في التصنيف العالمي للأمراض النفسية الصادر من منظمة الصحة العالمية المتوقع صدور طبعته الحادية العشر بعد عامين.

تعريف الأضطراب في البالغين:

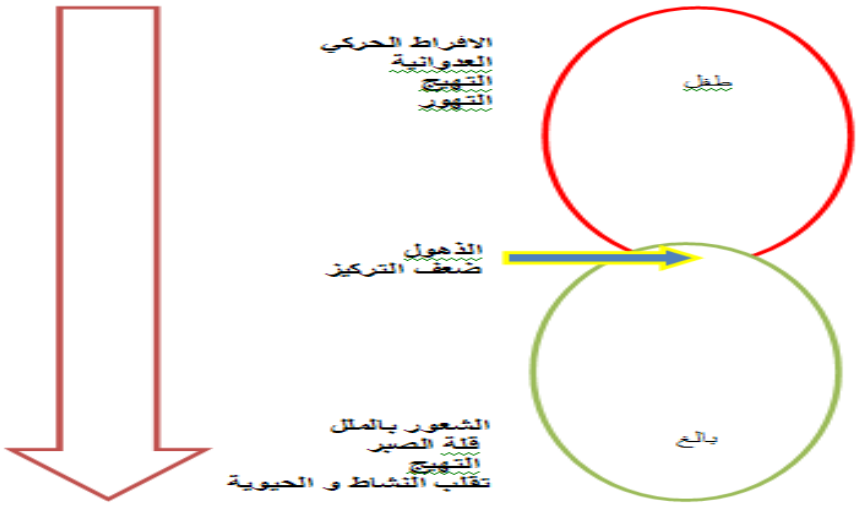
كان و لا يزال النقاش قائماً في الطب النفسي حول كيفية تعريف هذا الاضطراب في البالغين دون الأطفال. حاول الطب النفسي استحداث تشخيص غير **أ.ن.أ.ف.ح.** و لكنه فشل في ذلك و مع صدور الطبعة الخامسة للمجلد التشخيصي و الإحصائي للجمعية الطبية الامريكية لا بد من القبول بهذا التشخيص في البالغين الان.

استحدث الطب في منتصف الخمسينيات مصطلح الحد الأدنى لتلف الدماغ (ح.ت.د) Minimal Brain Damage لوصف ثلاثية متلازمة ضعف الانتباه و فرط الحركة و هي: ضعف الانتباه، فرط الحركة، و التهور

المشكلة الاخرى تكمن في تعريف العتبة التي تفصل بين ما هو اضطراب سريري يتطلب العلاج و بين ما هو صفات شخصية طبيعية. كل انسان يمتلك العديد من الصفات الشخصية النفسية بعضها مصدر قوة و بعضها مصدر ضعف، و على ضوء ذلك يجب توخي الحذر في الفصل بين هاتين المجموعتين في التقييم السريري بدلاً من التركيز على تشخيص **أ.ن.أ.ف.ح.** و القاء اللوم عليه في مشاكل تواجه الانسان في الحياة العامة و الخاصة.

القاعدة العامة المتفق عليها و التي استعملها المجلد هو وجود هذه الأعراض تاريخياً قبل عمر 12 عاماً، و كان لها تأثيرها السلبي عليه ايامها. على ضوء ذلك لا فائدة من فحص و استجواب المريض فقط و لا بد من الكلام مع الوالدين و فحص تقاريره المدرسية. يتحدى المريض احياناً هذا الاسلوب و يصر بانه لم يكشف عن هذه الاعراض ايامها، و لكن لا يجب القبول بهذا التعليل.

يمكن تتبع الأعراض من الطفولة و بعد البلوغ بتفحص الرسم ادناه:
عدم الانتباه و الذهول تكاد تكون مشتركة بين الاطفال و البالغين. الأفراط الحركي، السلوك العدواني، عدم تحمل الاحباط، و التهور تكون اكثر شائعة في الأطفال. بعد البلوغ ترى الأنسان يميل الى سرعة الشعور بالملل، قلة الصبر، التهيج، و تقلب النشاط و الحيوية من فعالية الى اخرى.



تم استحداث مصطلح اخر في السبعينيات بدلاً من ح.ت.د في البالغين و هو الاختلال الوظيفي للدماغ 10 الذي يستجيب للعلاج بالعقاقير المنبهة و يمثل تشخيصاً طبياً في حد ذاته

يقسم المجلد الخامس الاعراض الى صنفين و هي:

1 نقص الانتباه:

- عدم الانتباه الى التفاصيل في العمل و الدراسة و كثرة الاخطاء.
- عدم القابلية على الاستمرار في التركيز في الكثير من الفعاليات.
- عدم التركيز عند توجيه الحديث اليه.
- عدم الانتباه بدقة الى التعليمات الموجهة.
- عدم القابلية على التنظيم في الفعاليات و الواجبات.
- تجنب أي فعالية تتطلب مجهود ذهني.
- كثرة فقد الأشياء الضرورية لفعالية ما.
- تحويل الانتباه و التركيز بسبب محفزات لا علاقة لها بالواجب.
- كثرة النسيان

2 فرط الحركة و التهور:

- لا يتوقف عن حركة اليدين او القدمين.
- لا يحتمل الجلوس على مقعده لفترة طويلة.
- التدخل في ما لا يعنيه.
- لا يستطيع اللعب او المشاركة بفعالية ما بهدوء.
- كثير النشاط و الحيوية في البداية فقط.
- يتكلم قبل دوره في الحديث و لا يحتفظ بسر احياناً.
- لا يتحمل الانتظار.
- كثير التدخل في شؤون الغير.

منتصف التسعينيات عندما تم اقتراح استعمال اضطراب نقص الأنتباه و فرط الحركة في البالغين 19 الذي يمكن اختزاله بـ: أ.ن.أ.فـ.ح.

لتشخيص الاضطراب عليك بستة او اقل من مجموعة او مجموعتين و بعده يمكن تقسيم الاضطراب الى:

- مشترك الاعراض.

- نقص الانتباه.
- فرط الحركة او التهور.

في الممارسة العملية السريرية و في نظر كاتب السطور: عليك بالتفكير بتشخيص الاضطراب اذا كان الفرد معروفاً بكثرة مخالفاته المرورية او لا يستطيع الاحتفاظ بأسرار غيره.

الاضطراب في الحياة العملية السريرية:

يشرف على تشخيص و علاج اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة في البالغين فريق الصحة النفسية المختص بهذا الاضطراب او بالاضطرابات العصبية التطورية Neurodevelopmental Disorders. رغم ان أي اخصائي في الطب النفسي قادر على تشخيص و علاج هذا الاضطراب و لكن هناك ما لا يقل عن النصف من الاستشاريين الذين لديهم تحفظات على تشخيص هذا الاضطراب و الاهم من ذلك علاجه. يضاف الى ذلك ان تشخيص الاضطراب يتطلب بعض العناية في تنظيم الوصفات الطبية لعقاقير منبهة في حوزة افراد ميزتهم التهور.

يمكن تقسيم الافراد الذي يتم تحويلهم الى هذه الفرق الى مجموعتين:

1 **المجموعة الاولى:** أفراد تم تشخيصهم سابقاً في مرحلة الطفولة و يتم تحويلهم الى الخدمات الصحية للبالغين. هذا التحويل يجب ان يكون منتظماً و يتطلب لقاء بين الفريقين لدراسة احتياجات الفرد الاجتماعية و التعليمية و النفسية. تتم هذه العملية بعد عمر السابعة العشر لجميع الافراد او احياناً بعد عمر السادسة عشر للمراهقين الذي يودعون التعليم مبكراً.

2 **المجموعة الثانية:** يمكن حشر هذه المجموعة بأفراد يتوصلون الى تشخيص حالتهم بأنفسهم عبر مراجعة مواقع الأنترنت و احياناً في الحديث مع زملائهم للتوصل الى تفسير لازمات تواجههم في الحياة العملية و التعليمية و خاصة في مرحلة التعليم الجامعي.

المجموعة الاولى اقل تحدياً للفرق الطبية النفسية من المجموعة الثانية. الكثير منهم يودع مراكز الصحة النفسية و لا يرغب في تكملة العلاج. هناك ايضاً من تراه متورطاً في مشاكل مع القانون و تعاطي المواد الكيمائية المحظورة او المخدرات. كذلك البعض منهم يشعر بالتحسن تدريجياً و ينجح في البحث عن عمل يتناسب مع مقدرته الفكرية و العملية، و يبدأ تدريجياً بالتنافس مع اقرانه في الحياة.

المجموعة الثانية اكثر تحدياً للفرق الطبية النفسية، و الكثير منهم يتوصل بنفسه الى تشخيص هذا المرض و يطلب تأكيد هذا التشخيص من الفريق الطبي النفسي. هذا التحويل بحد ذاته يولد نوعاً من التشنج عند بعض الاطباء الذي يميل الى تسفيه هذا الاستنتاج حتى قبل سماع قصة المريض .

هناك ايضا من يتم تحويلهم كما يلي:

- ملاحظة الزوجة تهور الزوج.

بدأ استعمال هذا المصطلح و التشخيص في البالغين في نهاية التسعينيات رغم عدم اعتراف الطب النفسي السريري به ، و لكنه تم استحداثه الان في المجلد التشخيصي و الإحصائي للجمعية الطبية الامريكية 5 في الشهر الخامس لعام 2013

المشكلة الاخرى تكمن في تعريف العتبة التي تفصل بين ما هو اضطراب سريري يتطلب العلاج و بين ما هو صفات شخصية طبيعية

- اكتشاف الاضطراب في احد الاطفال و يبدأ الأب او الام بالبحث عنه في تاريخهم الشخصي و الطبي.
- ملاحظة المعالج النفسي عدم قابلية المريض على الارتباط في العملية العلاجية النفسية.
- مراجعة تشخيص طبي نفسي سابق مثل اضطرابات الشخصية او الثناقطبي.
- طلب المؤسسات القانونية الطبية في السجون فحص احد السجناء حيث يتواجد هذا الاضطراب بكثرة.

انتشار الاضطراب:

السؤال الذي لا يستطيع احد الاجابة عليه بدقة هو مدى انتشار هذا الاضطراب في المجتمع. الذين يميلون الى السخرية من وجود و علاج هذا الاضطراب في البالغين تكون اجابته: و من الذي لا يعاني من هذا الاضطراب في عالمنا هذا ؟ و يضيف الى ذلك ان انتشار المرض يرجع الفضل اليه اولاً و اخيراً الى الأنترنت و التشخيصات الطبية المحملة عبرها. قد لا يتوقف هنا و يلمح بانها مؤامرة من شركات الادوية العالمية.

تم صياغة اضطراب تشخيص **أ.ن.أ.ف.ح.** كاضطراب تطوري منذ البداية و ليس هناك ما هو جديد في ضمه للاضطراب العصبية التطورية هذه الايام. هناك حقيقة لا تغفل على احد و هو ان المحتمل ان يتخلص الأطفال من هذا الاضطراب مع النضوج و لكن القاعدة العامة هي ما يقارب 50 – 70 منهم تستمر معاناتهم مع جميع او بعض اعراض المرض بعد دخول عمر البلوغ. لو جزمنا بان معدل انتشار هذا الاضطراب في الأطفال يتراوح ما بين 5 الى 8 % و ان 66% لا يتخلصون من هذا الاضطراب كلياً فأن معدل انتشاره يكون في البالغين ما بين 3 – 5 % [2].

دراسة انتشار الاضطراب في البالغين ليس بالأمر السهل. الدراسات الميدانية ضئيلة مقارنة بدراسة الاضطرابات الطبية النفسية الأخرى. اعتماد تشخيص المرض يخضع للانتقادات التي الكثير منها لاذعة، و الكثير من البالغين يعانون من اضطرابات نفسية متعددة. انما الأمر الذي هو اشد صعوبة فهو ان الافراد المصابون بهذا الاضطراب يشكلون مجموعة بشرية من الصعب اخضاعها لدراسة علمية تتطلب الالتزام و التعاون.

أضرار الاضطراب على الفرد:

تم دراسة تأثير **أ.ن.أ.ف.ح.** على الافراد و مقارنتهم بمجموعة اخرى [13] تراجع مراكز الصحة العقلية. تبدأ اعراض هذا الاضطراب في عمر 7 سنوات اما مجموعة الاضطرابات العقلية الاخرى فان معدل عمر بداية الاعراض هو 12 عاماً.

تختلف الاضرار الناتجة بين المجموعتين في ما يلي:

1 اضرار تعليمية: هذه الأضرار تحدث في عمر 8 اعوام في تشخيص **أ.ن.أ.ف.ح.** مقارنة بأثني عشر عاماً في الاضطرابات الاخرى.

2 اضرار عائلية: تحدث في معدل عمر 9 اعوام في تشخيص **أ.ن.أ.ف.ح.** مقارنة بالاضطرابات الأخرى.

هناك حقيقة لا تغفل على احد و هو ان المحتمل ان يتخلص الأطفال من هذا الاضطراب مع النضوج و لكن القاعدة العامة هي ما يقارب 50 – 70 منهم تستمر معاناتهم مع جميع او بعض اعراض المرض بعد دخول عمر البلوغ

ان مشاكل الفرد المصاب بـ تشخيص أ.ن.أ.ف.ح. يجوز حصرها بالفعاليات التعليمية و التدبير المادي و يكاد يكون تبذير الاموال من أكثر المشاكل التي تؤدي الى ازمات اجتماعية.

ولكن الأضرار الاخرى بين المجموعتين لا تختلف في معدل ظهورها و هي:

1 الأضرار الاجتماعية الخاصة بالفرد(10 – 12 عاماً).
2 اضرار الى المجتمع(14 عاماً).
3 أضرار مهنية(20 عاماً).
4 اضرار زوجية(21 عاماً)،

يمكن القول ان مشاكل الفرد المصاب ب تشخيص **أ.ن.أ.ف.ح.** يجوز حصرها بالفعاليات التعليمية و التدبير المادي و يكاد يكون تبذير الاموال من أكثر المشاكل التي تؤدي الى ازمات اجتماعية.
يمكن كذلك الاستنتاج بان الأعراض التي تشير الى احتمال ظهور الأضرار هي:

1 ضعف الانتباه الى التفاصيل.
2 عدم القدرة على استمرار الانتباه لفترة زمنية.
3 الفشل في اتباع التعليمات.
4 الذهول الذهني.
5 عدم القابلية على العمل بهدوء.

الفص الجبهي و تشخيص أ.ن.أ.ف.ح.

استنتجت انليس بونتيس Anneliese Pontius في عام 1973 [15] تجربتها مع 100 بالغ مصاب بما كان يسمى الحد الأدنى لتلف الدماغ(ح.ت.د):

ان مصدر سلوك الفرط الحركي و التهور هو الفص الجبهي و اختلال المذنبة Caudate الوظيفي مما يؤدي إلى "عدم القدرة على بناء خطط العمل قبل الفعل، رسم و تخطيط الهدف من العمل ذاته، و الحفاظ على ذلك في تفكير الأنسان لبعض الوقت (كفكرة الغالبة) وإلى متابعته من خلال الإجراءات في إطار التوجيهات البناءة لهذا التخطيط ". يترافق ذلك مع عدم القدرة "على اعادة برمجة نشاط حالي والانتقال عند الضرورة الى نشاط اخر".

يعتبر كبح او تثبيط السلوك من اهم فعاليات الفص الجبهي. تثبيط السلوك، يمثل العنصر الأول او بالأحرى الأساسي لتطوير و خصخصة فعاليات الانسان و تحسن ادائه و السيطرة على الفعاليات الإدارية للفص الجبهي . يمكن استعمال مصطلح الخصخصة Privatization إلى حقيقة مهمة أن رد فعل الأنسان السلوكي يكون علنياً في البداية و من خلال درجة التثبيط او الكبح ينم خزن هذا الفعل داخلياً و حتى بصورة معرفية خاضعة للتطور مع الوقت [14]. هذا لا يحدث في الافراد المصابين ب **أ.ن.أ.ف.ح.**

الوظائف الإدارية للفص الجبهي يمكن حصرها في نطاق هذا المقال الى ما يلي:

1 الذاكرة العملية الغير لفظية.
2 الذاكرة العملية اللفظية الناتجة عن تدخيل و استيعاب الكلام .
3 التنظيم الذاتي للحالة الوجدانية/ الاندفاع/ اليقظة.
4 اعادة البناء من خلال التخطيط و الإنتاج.

هذه الفعاليات الإدارية تراها معتلة في اضطراب **أ.ن.أ.ف.ح.** . هؤلاء الأفراد كثيرون التهور في اتخاذ القرار و ان اتخذوا القرار فهو غير صائب في الكثير من الأحيان. كذلك يمكن تفسير ميل

مصدر سلوك الفرط الحركي و التهور هو الفص الجبهي و اختلال المذنبة Caudate الوظيفي مما يؤدي إلى "عدم القدرة على بناء خطط العمل قبل الفعل، رسم و تخطيط الهدف من العمل ذاته، و الحفاظ على ذلك في تفكير الأنسان لبعض الوقت (كفكرة الغالبة) وإلى متابعته من خلال الإجراءات في إطار التوجيهات البناءة لهذا التخطيط ".

يعتبر كبح او تثبيط السلوك من اهم فعاليات

هؤلاء الى ما نسميه بأحلام اليقظة. يؤدي ذلك بدوره على غياب التخطيط السليم و الانتباه الى سلوك او فعالية لا جدوى منها و شكواهم من سرعة الشعور بالضجر من المطالعة و العمل ليل نهار. كذلك يفسر هذا الجانب من الاضطراب ميلهم الى السوق بسرعة جنونية احياناً و عدم ائتمانهم على أي سر من الاسرار.

الاعتلال المشترك:

القاعدة العامة هي ان ما يقارب ال 80% من المصابين ب **أ.ن.أ.ف.ح.** يعانون من اضطراب نفسي اخر و 50% يعانون من اضطرابين و 30% يعانون من ثلاثة اضطرابات [8]. هذه الاضطرابات لا تختلف عن ما يشاهده الطبيب النفسي من مراجعات في العيادة الخارجية من اكتئاب و قلق و اضطرابات الشخصية.

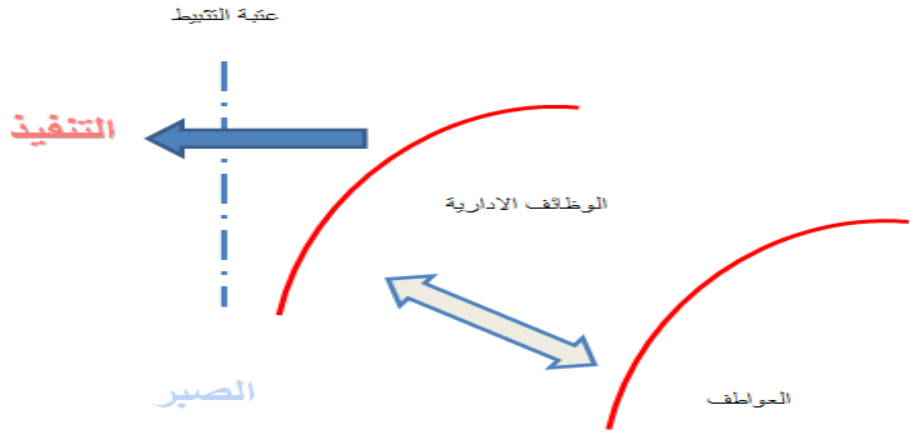
هناك اشارة الى انتشار اضطراب الثناقطبي في **أ.ن.أ.ف.ح.** و لكن عدة دراسات ميدانية لم تثبت ذلك. ليس من الصعب التحري عن اضطرابات سلوكية في الطفولة و مراحل التعليم فيهم.

سوء استعمال الكحول و العقاقير المنبهة المحظورة و خاصة الكوكين حامض اللسرجيك LSD اكثر شيوعاً في حالات **أ.ن.أ.ف.ح.** سوء استعمال المواد الكيمائية المحظورة يشكل عائقاً في علاج المريض و تعاونه مع الخدمات الصحية .

يجب التركيز على ان المرضى المصابون ب **أ.ن.أ.ف.ح.** لم يحصلوا على التعليم المناسب مقارنة بزملائهم لان الاضطراب بحد ذاته يشكل صعوبة تعلم Learning Disability ناهيك عن ضعفهم في الحساب و القراءة و التهجي لأسباب عضوية احياناً.

النموذج المتكامل:

في هذه المرحلة يمكن استيعاب تأثير العواطف على الفعاليات الادارية للفص الجبهي من خلال دراسة النموذج ادناه. وضع اي فكرة او عمل او مخطط و استجابة حتى لسؤال ما تؤدي الى تنفيذ. كلما كانت عتبة الانسان لتثبيط السلوك واطئة تسرع و أخطأ و تهور. كل ما كانت عتبته للتثبيط عالية تمهل و اصاب و ابدع. **كل ذلك يمكن حصره في كلمة واحدة و هي الصبر.**



تطور الأضطراب:

لكي نفهم علاج **ا.ن.ا.ف.ح** لا بد من الانتباه الى نموذج تطور المرض منذ الطفولة الى مشاكل التشخيص اولاً.

الفص الجبهي. تثبيط السلوك، يمثل العنصر الأول او بالأحرى الأساسي لتطوير و خصخصة فعاليات الانسان و تحسن ادائه و السيطرة على الفعاليات الإدارية للفص الجبهي

هناك اشارة الى انتشار اضطراب الثناقطبي في أ.ن.أ.ف.ح. و لكن عدة دراسات ميدانية لم تثبت ذلك. ليس من الصعب التحري عن اضطرابات سلوكية في الطفولة و مراحل التعليم فيهم.

كلما كانت عتبة الانسان لتثبيط السلوك واطئة تسرع و أخطأ و تهور. كل ما

كانت عتبة للتثبيط عالية تمهل و اصاب و ابدع. كل ذلك يمكن حصره في كلمة واحدة و هي الصبر.

يتحدث الطب النفسي هذه الأيام عن نموذج الوراثة التطورية Developmental Genetics. هناك نزعة او استعداد وراثي لكل فرد للإصابة بالاضطرابات النفسية و العصبية[11] . هذا الاستعداد قد يكون وراثياً او بسبب اذى مبكر يتعرض له الطفل خلال فترة الحمل او الولادة او في السنتين الأولى من الحياة. يتم تقدير نسبة العامل الوراثي في ا.ن.ا.ف.ح بما يزيد على 50% من المرضى. هذا الاذى او العامل الوراثي يؤثر على فعالية الفص الجبهي للدماغ و بالذات من خلال الاختلال الوظيفي لاتصال الفص الجبهي بالمراكز العصبية التحت قشرية. من هذه النقطة يبدأ ا.ن.ا.ف.ح بالظهور في عمر مبكر و ترى الطفل كثير الحركة و فعاليته بدون هدف. رغم ذلك فان الطفل قد يدخل في مرحلة هدأة و تنتهي اعراض الاضطراب مع وجود عوامل بيئية ايجابية سواء في البيت او المدرسة. على ضوء ذلك ترى الكثير من الاباء و الأمهات يحرصون على دخول اطفالهم في مدارس معروفة بجودتها و لا يتجاوز عدد الطلبة في الصف على 20 – 30 طالباً. هناك الكثير من الفعاليات التي تؤثر ايجابياً على الطفل مثل الحرص على تنظيم جدوله اليومي، تعلم الموسيقى، زجه في مجموعات طلابية صغيرة للمشاركة في فعاليات رياضية و فنية و غير ذلك. اما اذا انتهى الطفل في مدرسة مشهورة بزحام عدد الطلبة في الصف الواحد و رداءة مستواها التعليمي فيمكن القول بان احتمال دخول الطفل في مرحلة الهدأة يكاد يكون معدوماً.

يتحدث الطب النفسي هذه الأيام عن نموذج الوراثة التطورية Developmental Genetics. هناك نزعة او استعداد وراثي لكل فرد للإصابة بالاضطرابات النفسية و العصبية11

من جراء الظروف البيئية السلبية و خاصة في مرحلة التعليم المبكر يتعرض الدماغ الى اعتلال وظيفي اكثر و خاصة من جراء الاضطرابات النفسية و العصبية الأخرى. ترى هؤلاء الاطفال اكثر تعرضاً لصدمات في الرأس و بسبب تهورهم لا يصعب على الأشرار من المجتمع تضليلهم و سحبهم نحو سلوك غير اجتماعي و تعاطي المخدرات و الكحول [4].

يدخل الأنسان بعدها في مرحلة البلوغ و بسبب تاريخه الطبي و التعليمي و الاجتماعي تراه يكون غير مؤهلاً اجتماعيا. بعبارة اخرى يمكن القول بان الفرد يصبح مصاباً بعجز او شلل اجتماعي كما هو موضح في المخطط ادناه.

يثير ا.ن.ا.ف.ح عدة امور للنقاش في المجالات الاجتماعية و الصحية و القانونية. أي طبيب نفسي يزور السجون على معرفة بكثرة انتشار ا.ن.ا.ف.ح في المساجين و الكثير من الدراسات تشير الى ما يقارب النصف منهم مصابون بهذا الاضطراب. الغالبية العظمى منهم يرتكبون جرائم ليست بالخطيرة و هم اقل حظاً من غيرهم في نجاح جريمتهم و من ثم الوقوع في قبضة القانون. من هنا يأتي الجدال حول اهمية تأهيل المساجين و عدم الاسراف في معاقبتهم.

يتم تقدير نسبة العامل الوراثي في ا.ن.ا.ف.ح بما يزيد على 50٪ من المرضى. هذا الاذى او العامل الوراثي يؤثر على

فعالية الفص الجبهي للدماغ و بالذات من خلال الاختلال الوظيفي لاتصال الفص الجبهي بالمراكز العصبية التحت قشرية

يتم تحويل بعض المساجين لتشخيص ا.ن.ا.ف.ح و لكن علاجهم بعد اصابتهم بالشلل الاجتماعي ليس بالأمر السهل و الكثير منهم لا يرغب في العلاج، و اقناع فرق الطب النفسية برعايتهم صعب للغاية و يتم وضع الحواجز امامهم دوماً.

مشاكل التشخيص:

تكمن مشكلة تشخيص ا.ن.ا.ف.ح في البالغين بانه غير موضعي الى حد ما [2]. الأعراض التي تم التطرق اليها شخصية للغاية و لا يمكن قياسها و تقييمها بسهولة. كذلك تميل هذه الأعراض الى التغير في اوقات مختلفة. على سبيل المثال هناك الكثير من الناس الذين ترى فيهم علامات افراط حركي في اوقات معينة مثل تحرك الساق و لكن هذا لا يعني وجود فرط الحركة. كذلك هناك من الأفراد من لا يمتلكون المقدرة على التركيز في مرحلة التعليم الجامعي عكس التعليم الثانوي. على ضوء ذلك لا بد من الانتباه الى ضرورة التحري عن وجود الاعراض في مرحلة الطفولة و التعليم الابتدائي و ليس هناك افضل من الاطلاع على التقارير المدرسية القديمة او استجواب الوالدين.

أي طبيب نفسي يزور السجون على معرفة بكثرة انتشار ا.ن.ا.ف.ح في المساجين و الكثير من الدراسات تشير الى ما يقارب النصف منهم مصابون بهذا الاضطراب

القاعدة العامة هي ان لا يوجد اختبار تشخيصي ل ا.ن.ا.ف.ح. [16] لا فائدة بصراحة من اقتناء فحوص اختبارية و اعطائها للمريض فالإجابة دوماً هي مبالغ فيها من المريض الذي يصر على اصابته بهذا الاضطراب عبر تحميله التشخيص من الانترنت، و الاجابات دوماً سلبية من المريض الذي يرسل للفحص رغم انفه مثل ارباب السجون.

تختلف مراكز الصحة النفسية في طريقة تعاملها و دراستها لحالات ا.ن.ا.ف.ح. كاتب السطور يستعمل المنهاج التالي:

المجموعة الاولى: الشباب: يتم فحص المريض و التحري عن ما يلي :

1 اعراض توحدية.
2 متلازمة توريت.
3 الحصار المعرفي.
4 ا.ن.ا.ف.ح

المجموعة الثانية: الشباب البالغين: يضاف الى اعلاه ما يلي:

1 اضطرابات انفصالية.
2 دراسة هيكل الشخصية.
3 التنظيم العاطفي.
4 التحري عن الاعراض الذهانية.

المجموعة الثالثة: كبار السن:

1التحري عن ازمات وجودية.
2 اضطرابات الشخصية.

في نهاية المطاف لا مفر من دراسة تاريخ الفرد المرضي و الشخصي بكل عناية.

لا بد من الانتباه الى ضرورة التحري عن وجود الاعراض في مرحلة الطفولة و التعليم الابتدائي و ليس هناك افضل من الاطلاع على التقارير المدرسية القديمة

التعامل مع المريض:

لا بد من الانتباه الى الاداء النفسي الديناميكي [17]للأفراد المصابون ب ا.ن.ا.ف.ح. جميع الأطفال في صراع دائم بين قوتين:

- القوة الاولى تتمثل في ضغوط الغرائز و الاندفاع و العاطفة.
- القوة الثانية هو السيطرة القشرية Cortical Control و التي تعني في هذا المجال القشرة المخية.

الأطفال المصابون ب ا.ن.ا.ف.ح يعانون من ضعف في السيطرة القشرية مقارنة ببقية الأطفال. هذا الضعف في السيطرة القشرية يؤدي بدوره الى عدم قابلية الطفل ادراك و استيعاب العلامات العاطفية و الوجدانية من الام بالذات و بالتالي يفقد مصدراً اخر للتحكم في اندفاعه.

مشاهدة فرط الحركة و التهور في الطفل ليس الا بخيبة امل الأم و الأب في طفلهما و تبدأ الشكوك و النظريات تدور في ذهنهم عن سوء تربيتهم للطفل و فشلهم الذريع في السيطرة عليه. خيبة الأمل هذه يتم نقلها تدريجياً الى الطفل و بدون تعمد مما يزيد في تمرد الطفل.

ينمو الطفل و عليه ان يواجه ردود الرفض في البيت و المدرسة. الطفل المصاب ب ا.ن.ا.ف.ح لا يملك المقدرة على ربط ردود الاخرين السلبية له بسلوكه هو. كل ذلك يؤدي الى عدم وصول الطفل الى مرحلة يدرك فيها ثبات و استقرار الفراد الذي يتولون رعايته من اب و ام و معلم و غيرهم. كل ذلك يؤدي مع مرور الزمن الى استعماله العظمة الدفاعية Defensive Grandiosity في تعامله مع الأخرين و منهم احياناً الطبيب الذي يحاول مساعدته او الباحثة الاجتماعية التي تسعى للعثور على حلول لمشاكله.

العلاج:

ما يثير الجدال في **ا.ن.ا.ف.ح** هو علاجه باستعمال عقاقير منبهة. لو كان علاج **ا.ن.ا.ف.ح** هو باستعمال عقاقير مضادة للاكتئاب او غيرها فقط لما تردد الأطباء في قبول هذا التشخيص و علاجه. العداء الظاهر و الخفي للعقاقير النفسية المنبهة Psychostimulant Drugs و استعمالها في الأطفال تراجع في الاعوام الاخيرة في جميع انحاء العالم. القلق من استعمال هذه العقاقير في البالغين له اسباب اخرى و اولها ان جميع هذه العقاقير في الكثير من بلاد العالم ليست مرخصة بالاستعمال قانونياً من قبل شركات الأدوية الا في الأطفال رغم شيوع الاستعمال في البالغين. يضاف الى ذلك هناك اعتقاد غير سليم علمياً بان الادمان على استعمال هذه العقاقير لا يختلف عن الإدمان على استعمال اكثر العقاقير المنبهة المحظورة و هو الأمفيتامين Amphetamine. كذلك يتخوف الكثير من تقديم مثل هذه الوصفات لأفراد تكثر فيهم حالات الإدمان على شتى العقاقير المحظورة.

رغم ان علاج **ا.ن.ا.ف.ح** لا يقتصر فقط على استعمال العقاقير النفسية المنبهة و لكنها تشكل العمود الفقري للعلاج. المريض ينتظر وصفة العقار و الطبيب لا يوجد في ذهنه الا وصف هذه العقاقير او الامتناع عن ذلك.

أهداف العلاج:

- الأعراض الاساسية او الجوهرية للاضطراب هي الهدف الرئيسي في معظم الحالات و هي ضعف الانتباه و فرط الحركة و التهور [1].
- الاعتلال الناتج من **ا.ن.ا.ف.ح** مثل الفشل المهني و المشاكل التعليمية و الاجتماعية. على

او استجواب الوالدين.

لا يوجد اختبار تشخيصي ل ا.ن.ا.ف.ح. 16 لا فائدة بصراحة من اقتناء فحوص اختبارية و اعطائها للمريض فالإجابة دوماً هي مبالغ فيها من المريض الذي يصر على اصابته بهذا الاضطراب عبر تحميله التشخيص من الانترنت

الأطفال المصابون ب ا.ن.ا.ف.ح يعانون من ضعف في السيطرة القشرية مقارنة ببقية الأطفال.

ضوء ذلك لا يمكن الجزم بان وصفات العقاقير النفسية المنبهة ستنهي مشاكل الفرد، و لا بد من التوجه نحو المؤسسات الاجتماعية و التعليمية لمساعدة الفرد.

- الاضطرابات المشتركة مثل القلق و الاكتئاب و الادمان.

العقاقير النفسية المنبهة Psycho-stimulants

في بداية الامر لا بد من الرجوع الى تاريخ استعمال العقاقير النفسية المنبهة في **ا.ن.ا.ف.ح.** تم اكتشاف طريقة العلاج بالصدفة في منتصف الثلاثينيات من القرن الماضي[3]. اخذ احد الباحثين على عاتقه دراسة المشاكل السلوكية في طلبة المدارس بعمل تصوير الدماغ المحقون بالغاز Pneumoencephalography. هذا الفحص انتهى امره الان و لكن ايامها اعطى الباحث عقار البنزدرين Benzedrine لتوسيع القصبات الهوائية و المسالك الأنفية. بالطبع هذا العقار هو خليط من الامفيتامين و الذي حدث بعد ذلك هو ملاحظة الطاقم التعليمي لتحسن سلوك الطلبة و ادائهم التعليمي حتى استنتج شارس برادلي ايامها بان جرعة واحدة من هذا العقار نتائجها افضل بكثير من جهود الطاقم التعليمي برمته.

يستعمل كاتب السطور مثالاً لتوصيل الأسس العلمية وراء استعمال العقاقير النفسية المنبهة. يمكن الحديث عن دماغ الأنسان و كانه شبكة سكة حديدية متفرعة لناقلات عصبية كيمائية. هذه الشبكة تحتوي على ثلاثة ناقلات و هي:

1 الدوبامين(د) Dopamine.

2 النورادرينين(ن) Noradrenaline.

3 ألسيروتنين(س) Serotonin.

يمكن اختصار هذه الشبكة الحديدية بكلمة سند و هي بالفعل ما يسند الأنسان في فعاليته اليومية اثناء النهار.

يبدأ س. بالتنقل من محطة نواة الرفاء Raphe Nucleus و التي تمتد على طول جذع الدماغ و تتنقل الى مختلف مناطقة المخ القشرية و تحت القشرية. يعني هذا الناقل بتنظيم الحالة الوجدانية .

أما الناقل ن. فيبدأ ايضاً بالتنقل من منطقة الجسر في جذع الدماغ و يعني بالذاكرة و التعلم و الانتباه و مع وصوله الى الفص الجبهي يساعد الأنسان على تحليل الحقائق و المعطيات و التحضير للرد و الجواب و حل المشاكل .

أما الناقل د. فمحطته تبدأ في اعلى جذع الدماغ و يتوجه نحو الجهاز الحوفي[7] و الفص الجبهي و يعني بتنظيم رد الفعل العاطفي استناداً الى الظروف المرحلية و الاشارات المتواجدة حينها.

هذه الناقلات تتنقل كشبكة حديدية و في نهاية الامر لا بد من تنظيم الأنسان لفعالية هذه الناقلات من خلال العناية بتنظيم جدوله اليومي و الدخول في مرحلة الهدأة و النوم. يمكن تشبيه ذلك بمستودع الناقلات التي تلجأ اليه الناقلات الثلاثة في جذع الدماغ و الذي نسميه بنظام التفعيل الشبكي Reticular Activating System. على الفرد التوقف عن اي فعالية ذهنية قبل ساعة من النوم. الاهم من ذلك الإصرار على المريض بالدخول الى غرفة النوم في وقت معين و الخروج منها في وقت معين سواء خلد للنوم ام لا. ذلك افضل بكثير من العبث بنظام التفعيل الشبكي او مستودع

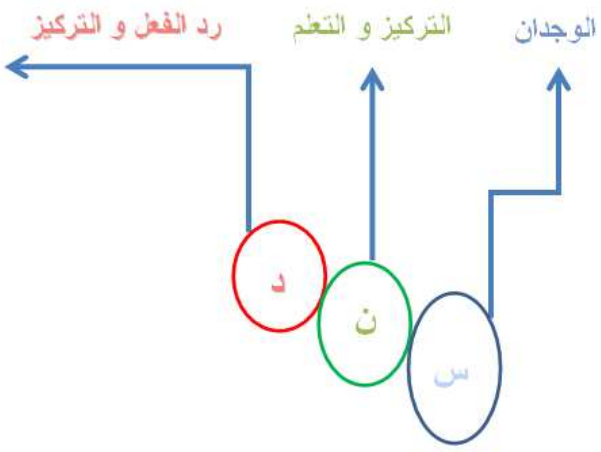
العداء الظاهر و الخفي للعقاقير النفسية المنبهة Psychostimulant Drugs و استعمالها في الأطفال تراجع في الاعوام الاخيرة في جميع انحاء العالم

رغم ان علاج ا.ن.ا.ف.ح لا يقتصر فقط على استعمال العقاقير النفسية المنبهة و لكنها تشكل العمود الفقري للعلاج

لا يمكن الجزم بان وصفات العقاقير النفسية المنبهة ستنهي مشاكل الفرد، و

لا بد من التوجه نحو المؤسسات الاجتماعية و التعليمية لمساعدة الفرد.

الناقلات باستعمال العقاقير المنومة. المخطط اعلاه يوضح هذا المفهوم.



يمكن تصنيف العقاقير التي يستعملها الطب النفسي في **ا.ن.ا.ف.ح.** الى ما يلي:

1 المنبهات:

- الميثالفنيديت Methylphenidate.
- الديكسامفيتامين Dexamphetamine.

2 الغير منبهات:

- اتومكسيتين Atomoxietine.
- عقاقير مضادة للاكتئاب.

3 المضادة لارتفاع ضغط الدم:

- كلوندين Clonidine.

4 عقاقير اخرى:

- مودافينيل Modafinil.
- عقاقير مضادة للذهان.

العقاقير الثلاثة التي يبدأ الطبيب النفسي في استعمالها هي :

- الميثالفنيديت و المعروف تجارياً بالريتالين Ritalin. يزيد هذا العقار من تركيز او تواجد ناقل د. في الدماغ [9]. يحبذ اولاً اعطاء جرعة 10 مغم لتجربتها مرة او اكثر يومياً و في عدم وجود اعراض جانبية (مثل الهلع و سرعة دقات القلب) و تقبل المريض لمفعولها فعند ذاك يتم التحول الى المستحضر الطويل المدى و المعروف ب كونشيرتا Concerta XL. كل 18 مغم من الأخير تعادل 10 مغم من الاول. تتفاوت الجرعة المطلوبة من مريض الى اخر من 36 الى 108 مغم يومياً.
- اما الديكسامفيتامين فهو لا يختلف كثيراً في مفعوله عن الاول و لكن يتم تصريفه خلال 3 ساعات عبر الكلى دون الكبد و هذه مدة تصريف العقار الأول ايضاً. المستحضر الطويل المدى غير متوفر في عدد من انحاء العالم عكس الكونشيرتا. تتروح الجرعة اليومية من 5 الى 60 مغم و المعدل هو 30 – 40 مغم.
- اما اتومكسيتين Atomoxietine فهو يعمل على ناقل ن. و الوحيد المرخص للاستعمال في البالغين قانونياً في بريطانيا منذ منتصف الشهر الخامس 2013. هذا العقار تمت دراسته و تجربته في علاج الاكتئاب و اكتشف الباحثون فعاليته في **ا.ن.ا.ف.ح** بالصدفة. الجرعة الأولى هي 40 مغم و يتم زيادتها الى 80 مغم بعد اسبوع و لا يحتاج المريض

يمكن الحديث عن دماغ الأنسان و كانه شبكة سكة حديدية متفرعة لناقلات عصبية كيمائية. هذه الشبكة تحتوي على ثلاثة ناقلات و هي:
1 الدوبامين(د) Dopamine.
2 النورادرينالين(ن) Noradrenaline.
3 ألسيروتنين(س) Serotonin.

هذه الناقلات تتنقل كشبكة حديدية و في

نهاية الامر لا بد من تنظيم الأنسان لفعالية هذه الناقلات من خلال العناية بتنظيم جدوله اليومي و الدخول في مرحلة الهدأة و النوم

على الفرد التوقف عن اي فعالية ذهنية قبل ساعة من النوم. الاهم من ذلك الإصرار على المريض بالدخول الى غرفة النوم في وقت معين و الخروج منها في وقت معين سواء خلد للنوم ام لا

اكثر من 120 مغم يومياً.

- اما بقية العقاقير فاستعمالها يثير بعض الجدل. يلجأ بعض الأطباء لاستعمال عقار الترازدون Trazadone المضاد للاكتئاب للمساعدة على النوم. هذا العقار لا يخلوا من الخطورة في استعماله في افراد احد صفاتهم التهور حيث ترى البعض منهم يستعملون العقاقير المنشطة جنسياً مما قد يؤدي الى الانتصاب المستمر الخطير Priapism عند خلطه مع الترازدون الذي قد يقضي على حياة الفرد الجنسية. يستحسن التروي في استعمال العقاقير المضادة للاكتئاب الاخرى حتى في وجود علامات اكتئاب عند المريض اما المضادة للذهان فلا بأس من استعمال جرعة بسيطة احياناً من الرسبيردون بمعدل 1 – 2 مغم ليلاً في وجود تاريخ لنوبات ذهانيه.
- اما الموداڤينيل فهو يستحق اشارة خاصة بمفرده. هذا العقار في الحقيقة يستعمله الكثير من الطلبة في الجامعة و منهم الأطباء . سعره باهض الثمن، و مرخص به في علاج اضطراب الخدار Narcolepsy. لا ينكر كاتب السطور ان فعالية هذا العقار لا غبار عليها و لكن استعماله اصبح مقيداً مع تحذيرات مركز سلامة العقاقير الأوربي من احتمال حدوث نوبات قلبية. لذلك لا تجوز النصيحة في استعماله.

مراحل العلاج:

المرحلة الأولى: اختيار الدواء و تثقيف المريض.

المرحلة الثانية: معايرة الجرعة تتم بإعطاء المريض علاج لمدة سبعة ايام فقط و مراجعته كل اسبوع. يجب على الطبيب تذكير المريض بان الاستجابة للعلاج مقابل الجرعة اشبه بحرف U مقلوباً حيث ان هناك جرعة معينة ان تم تجاوزها تصبح الاستجابة سلبية و تكثر الأعراض الجانبية [6].

المرحلة الثالثة: يتم استمرار اعطاء الجرعة و مراقبة المريض بين الحين و الاخر. لا بد من عدم تعاطي العقار لمدة يومين في الأسبوع و مساعدة المريض في تنظيم ايقاعه اليومي و جدوله الاسبوعي.

هناك استراتيجيات متعددة يمكن استعمالها في مجال العقاقير و غيرها و لكل طبيب طريقته الخاصة في مساعدة المريض.

المصـــــــــــــــــادر

1 Advokat C (July 2010). What are the cognitive effects of stimulant medications? Emphasis on adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)". *Neurosci Biobehav Rev* 34 (8): 1256–66.

2 Berger I (2011). Diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder: much ado about something. *Isr. Med. Assoc. J.* 13 (9): 571-574.

3 Bradley, Charles (1937). The behaviour of children receiving BENZEDRINE. *American Psychiatric Association*: 577–58.

4 Cortese S(2012). The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): what every clinician should know.. *Eur J Paediatr Neurol* **16** (5): 422–33.

5 Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM V (2013). American Psychiatric Publishing. Washington.

6 Fone KC, Nutt DJ (2005). Stimulants: use and abuse in the treatment of ADD *Current Opinion in Pharmacology* 5 (1): 87–93.

7 Giano D, Vallone D, Sadile A (2004). Dysfunctions in dopamine systems and ADHD: evidence from animals and modeling. *Neural Plasticity* 11 (1–2): 102, 106–107.

8 Kessler R, Adler L, Barkley R, Bideman J et al92006) The

prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psych 163, 716-723.

9 Kimko HC, Cross JT, Abernethy DR(1999). Pharmacokinetics and clinical effectiveness of methylphenidate. Clin Pharmacokinet 1999 Dec; 37 (6): 457-70.

10 Mann H & Greenspan S (1976). The identification and treatment of adult brain dysfunc tion. Am J Psych 133, 1013-1017.

11 Mitchell K(2011) The genetics of neurodevelopmental disease. Curr Opin Neurobiol. 21(1):197-203.

12 Morrison J & Minkoff K (1975). Adult Psychiatric Disorders in parents of hyperactive Children. Am J Psych 137, 825-827.

13 Murphy K, Barkley R, Bush T (2002). Young adults with ADHD: Subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. J of Nervous and Mental Disease 190, 147 -157.

14 Nigg J(2001). Is ADHD an inhibitory disorder? Psychological Bulletin. 125, 571-596.

15 Pontius A (1973). Dysfunction patterns analogues to frontal lobe system and caudate nucleus syndromes in some groups of minimal brain dysfunction. J Am Medical women's Association 26, 285-292.

16 Rader R, McCauley L, Callen E (2009). Current strategies in the diagnosis and treatment of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder.*Am Fam Physician* 79 (8): 657–65.

17 Stern J(1985). The Psychotherapeutic Process with brain-injured patients: a dynamic approach. Isr J Psychiatry Relat Sci 22: 83 -87.

18 Still G (1902). Some abnormal Psychical conditions in children. Lancet 1, 1008-1012.

19 Wender P (1995) Attention-deficit hyperactivity Disorder in adults. New York: Oxford University Press.

*** ***

Arabpsynet
Arabic Edition
http://www.arabpsynet.com/defaultAr.ASP
English Edition
http://www.arabpsynet.com/defaultEng.ASP
French Edition
http://www.arabpsynet.com/defaultFr.ASP
Subscribe To APN
http://www.arabpsynet.com/Subs.asp

*** ***

ARABPSYNET PRIZE 2013

جائزة يحيى الرخاوي لشبكة العلوم النفسية العربية 2013

مخصصة هذا العام للطب النفسي

www.arabpsynet.com/Prize2013/APNprize2013.pdf