



## آفتاب یزد در گفت و گو با فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان بررسی کرد

# اختلال بیش فعالی – کم توجهی و راههای درمان آن



**آفتاب یزد:** اختلال کم توجهی – بیش فعالی یا ADHD اختلالی است که معمولا در زمان کودکی تشخیص داده می‌شود، ولی در بسیاری از موارد تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. میلیون‌ها کودک و بزرگسال در جهان از این اختلال رنج می‌برند. این اختلال مربوط به سلامت روانی است لذا می‌تواند باعث ایجاد فعالیت‌های بیش از حد نرمال و رفتارهای ناگهانی و دیگر مشکلات در افراد شود و کیفیت زندگی آنها را به خطر بیندازد. از آنجا که میزان افراد مبتلا به اختلال کم توجهی و بیش فعالی طی دهه افزایش یافته است، توجه به اهمیت موضوع آفتاب یزد در این باره با دکتر سید یاسر موسوی ندوشن ، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران ، پزشک بیمارستان مرکز طبی کودکان گفت و گو کرده است .

وی در این باره می‌گوید: اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی که به اختصار به آن ADHD می‌گویند، یک اختلال شایع روانپزشکی در کودکان و نوجوانان می‌باشد. حدود هفت تا ده درصد کودکان با این

اختلال مبتلا هستند که در صورت عدم درمان مناسب می‌توانند منجر به اختلال در عملکرد فرد در دوران نوجوانی و بزرگسالی شود.

دکتر موسوی خاطر نشان کرد: طبق آمار به دست آمده ابتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در پسرها شایع‌تر از دخترها می‌باشد و شیوع آن طی سال‌های اخیر افزایش یافته است.

این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان بیان کرد: علایم ابتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی به طور کلی سه دسته تقسیم می‌شوند که عبارتند از: بی‌دقتی، تکانشگری و پرفعالیتی.

وی عنوان کرد: در افراد مبتلا به این اختلال علایم کم‌توجهی که معمولا به صورت بی‌دقتی در انجام تکالیف و امتحانات، حواس پرتی، نیمه‌کاره رها کردن کارها و فعالیت‌ها، اجتناب یا اگره از انجام امور نیازمند دقت (عدم علاقه به انجام تکالیف مدرسه) و جا گذاشتن وسایل در مدرسه ظاهر می‌کند.

دکتر موسوی ابراز داشت: علایم تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی با علایمی مثل بین حرف دیگران پریدن، دخالت در صحبت‌ها یا امور مربوط به دیگران، جواب سوال دیگران را قبل از تمام شدن سوال دادن، نسنجیده حرفی زدن، رفتارهای ناگهانی مثل رهاکردن دستم والدین در خیابان، پرت کردن اشیاء، تحریک پذیری، صبر نداشتن برای رسیدن به خواسته‌ها و سختی ایستادن در صف یا نوبت خود را نشان می‌دهد.

این عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران ادامه داد: علایم پرفعالیتی که معمولا به صورت جلب و جوش زیاد، پرحرفی، وول خوردن زیاد، دیرتر از معمول خوابیدن، بازی یا فعالیت‌های پر سر و صدا، راه افتادن در کلاس درس و یکجا ننشستن در مهمانی در افراد مبتلا به این اختلال بروز پیدا می‌کند.

وی اظهار داشت: معمولا با افزایش سن کودک علایم مربوط به پر تحرکی کاهش می‌یابد، در حالیکه علایم مربوط به کم‌توجهی و تمرکز و رفتارهای تکانشی می‌تواند باقی بماند.

دکتر موسوی عنوان کرد: اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی سه نوع مختلف دارد که عبارتند از نوع با تظاهرات غالب کم‌توجهی، با تظاهرات غالب پرفعالیتی و تکانشگری و نوع با تظاهرات ترکیبی از سه دسته علایم.

این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان بیان کرد: برخلاف تصور خانواده‌ها، حتما لازم نیست یک کودک با تشخیص اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی، جنب و جوش زیاد داشته باشد یا به اصطلاح از دیوار صاف بالا برود بنابراین حتی اگر کودک با وجود آرام بودن، چندین علامت از دسته علایم کم‌توجهی را داشته باشد، برای وی تشخیص اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی نوع با تظاهرات غالب کم‌توجهی مطرح می‌شود و نیاز به درمان دارد.

وی تصریح کرد: مهمترین دلیل ابتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی، ژنتیک است؛ به طوری که در صورت ابتلای یک فرزند به این اختلال، شانس ابتلای خواهر یا برادر وی تا ۲ تا ۸ برابر می‌شود.

دکتر موسوی اضافه کرد: در کنار عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی مثل وزن خدیر کم، کودک هنگام تولد (وزن زیر یک کیلو گرم)، مصرف سیگار توسط مادر طی دوران بارداری، زایمان زودتر از موعد و حوادث حین زایمان در ایجاد اختلال بیش‌فعالی-بی‌توجهی نقش دارند.

این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان بیان کرد: بر خلاف تصور شایع در جامعه ما مصرف کندر توسط مادر در دوران بارداری، روش‌های فرزند پروری، افزودنی‌های غذایی، مواد غذایی حاوی رنگ‌های خوراکی و کمبود ویتامین‌ها یا مصرف زیاد شکر، نقش‌ی در ایجاد اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در کودک ندارد.

وی اظهار کرد: در صورت شدید بودن علایم اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی می‌توان آن را در نوزادی و با راه افتادن کودک مشاهده کرد ولی به طور معمول با علایم پرفعالیتی و تکانشگری در سنین ۴-۵ سالگی این علایم بروز پیدا می‌کند.

دکتر موسوی افزود: در بسیاری اوقات نیز به دنبال حضور کودک در مدرسه (زمانی که انتظار می‌رود کودک وارد عملکردهای منظم‌تر، سازمان یافته‌تر و پیچیده‌تر شده و با همسالان خود وارد ارتباط موثرتری گردد)، معلمان متوجه این شرایط در کودک می‌شوند و به والدین توصیه می‌کنند که کودک را جهت ارزیابی نزد روانپزشک ببرند. این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان اظهار کرد: والدین باید این نکته را در نظر داشته باشند که یک کودک با اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی می‌تواند ساعت‌ها بنشیند و مشغول فعالیت‌های مورد علاقه اش مثل تماشای تلویزیون یا بازی با تلفن همراه یا کامپیوتر شود و این حالات منافاتی با تشخیص اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی ندارد.

وی خاطر نشان کرد: کودک بیش‌فعال همیشه از خطرات و عواقب رفتارهایش آگاهی ندارد و به علت تکانشگری ممکن است به طور ناگهانی رفتارهایی مثل دویدن در خیابان و رها کردن دستم والدین، بازی کردن با کبریت و آتش یا پر تاب کردن اشیاء به سمت دیگران داشته باشند و در نتیجه نیاز به مراقبت بیشتر توسط والدین دارند.

دکتر موسوی بیان کرد: داشتن و تربیت فرزند بیش‌فعال و رسیدگی به امور درسی و تحصیلی وی از والدین انرژی زیادی می‌گیرد و نیاز به صبوری و ثبات شرایط روحی والدین جهت رسیدن به نتایج مطلوب دارد و توصیه می‌شود در صورتی که مادر و پدر کودک شرایط روحی مثل اضطراب، افسردگی، تحریک پذیری و غیره دارند، برای رسیدن به بهبود هر چه بیشتر بیماری فرزندشان، مراجعه جهت درمان شرایط روحی خود را مد نظر داشته باشند.

این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان اضافه کرد: بهتر است والدین در مسئولیت‌های تربیتی و رسیدگی به امور درسی یا تفریحی یا پزشکی فرزندشان تقسیم کار و همکاری و هماهنگی مناسب داشته

## اختلال بیش فعالی – کم توجهی



می‌تواند باعث شود کودک، برچسب سرکش و بی مسئولیت خورده و به خاطر رفتارهایش سسرزنش و تنبیه شود و منجر به مشکلاتی مثل لجبازی، افت عملکرد درسی، اختلال در ارتباط با همسالان، کاهش اعتماد به نفس کودک، واکنش منفی اطرافیان، خانواده، کارکنان مدرسه و همسالان نسبت به رفتارهای کودک، پرخاشگری، مصرف سیگار و مواد در سنین بالاتر و گاهی رفتارهای ضد اجتماعی شود، درحالیکه درمان مناسب، عملکرد تحصیلی و ارتباطی کودک را بهبود بخشیده و از اضطراب و نگرانی والدین می‌کاهد.

دکتر موسوی عنوان کرد: متأسفانه دیدگاه‌های نادرست در جامعه ما در مورد درمان‌ها و داروهای روانپزشکی منجر به اجتناب برخی از والدین از درمان فرزندشان یا تأخیر در درمان وی می‌شود که در اینجا باید به این نکته اشاره کنم که داروهای روانپزشکی مثل هر داروی دیگری حتما باید با نظر پزشک متخصص و متناسب با شرایط کودک یا نوجوان تجویز شود.

این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان اضافه کرد: مانند همه داروها، داروهای روانپزشکی هم عوارض اندکی مثل تغییرات اشتها یا خواب دارند که معمولا در ابتدای درمان مشاهده می‌شود و نگران کننده نبوده و در صورت بروز آنها می‌توان با مشورت با پزشک تجویزکننده دارو با راهکارهای مناسب، این عوارض را به حداقل رساند به طور مثال کاهش اشتها، می‌توان دارو را بعد از وعده غذایی به کودک داد یا برای پیشگیری از اختلال در خواب کودک (بی‌خوابی یا خواب آلودگی طی روز)، دارو را در ساعات مناسب تجویز کرد. ضمن اینکه بسیاری از مواقع با ادامه مصرف دارو و پس از چند روز برخی از عوارض مثل خواب آلودگی خود به خود برطرف می‌شوند. پس توصیه می‌شود در صورت مشاهده این عوارض نگران نشده، داروی فرزندتان را قطع نکنید و با پزشک تجویز کننده دارو مشورت کنید و از مشورت با افرادی که تخصصی در این زمینه ندارند، خودداری کنید.

وی ابراز داشت: بررسی‌های مختلف در دانشگاه‌های معتبر جهان نشان داده است که داروهای روانپزشکی در صورت تجویز توسط پزشک متخصص و مصرف مناسب بر اساس دستور پزشک، بر خلاف نگرانی‌های نادرست در جامعه، هیچ‌گونه عوارض خطرناک یا دراز مدت و ماندگاری مثل بلوغ زودرس، افسردگی کودک، اختلال در رشد کودک، اختلال در عملکرد مغزی کودک، تأثیر منفی بر عملکرد هوشی کودک، معنادر شدن کودک به دارو و نیاز به مصرف دارو تا آخر عمر یا اختلال در تولید مثل کودک در آینده ندارد. به عنوان مثال داروی "متیل فنیدیت" که بیشتر با نام "رتالین" شناخته می‌شود، در سال ۱۹۳۰ میلادی ساخته شده است و طی این سال‌ها مطالعات متعدد بر روی آن انجام شده که بی‌خطری و موثر بودن این دارو را در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی بارها و بارها ثابت کرده اند.

دکتر موسوی افزود: ضروری است که بدین‌مصرف بدون تجویز پزشک و خودسرانه دارو "رتالین" و سایر داروها می‌تواند عوارض متعددی در فرد مصرف‌کننده داشته باشد و توصیه می‌شود به هیچ وجه بدون تجویز و نظارت پزشک (مثل هر داروی دیگری) مصرف نشود. این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان بیان کرد: با توجه به بی‌دقتی و فراموش کاری و حواس پرتی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی توصیه می‌شود والدین بر مصرف مناسب و به موقع دارو توسط فرزند نظارت کافی داشته و داروها در دسترس فرزندان نباشند و داروها در محل ایمن و دور از دسترس کودکان نگهداری شود.

وی اظهار کرد کرد: در مواقعی کودکان و نوجوانان تمایلی ندارند دیگران از ابتلا آنها به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی یا از مصرف داروی آنها اطلاع داشته باشند، والدین باید به این خواست فرزند احترام بگذارند و در این مورد به وی اطمینان دهند.

دکتر موسوی ادامه داد: لازم است والدین از برچسب زدن و تحقیر فرزندشان با لغاتی مثل قرضی، روانی و غیره (که متأسفانه فراوان و مخصوصا هنگام عصبانیت والدین از رفتارهای کودک اتفاق می‌افتد) اجتناب کنند و در صورت انجام این رفتار از طرف خواهر یا برادر کودک، با آنها صحبت و از این رفتار بر حذر دارند.

این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان تصریح کرد: والدین محترم باید توجه داشته باشند که از القاء حواس احساس گناه در فرزندشان یا جملاتی مثل از دست تو مریض شدم، بیچاره ام کردی، خسته‌ام کردی، دوست ندارم، از دست تو بپوش شدم و غیره اجتناب کنند و از مقایسه کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی با دیگر کودکان خودداری نمایند زیرا این رفتارها باعث افت اعتماد به نفس کودک می‌شود.

وی خاطر نشان کرد: برای ارتباط مناسب و قوی با کودک، والدین باید زمان کافی و مناسب با فرزند خود سپری کرده و فعالیت‌های مشترک که موردعلاقه کودک و مورد تایید آنها باشد با فرزند خود داشته باشند و احساسات خود را نسبت به فرزندشان نشان داده و رفتارهای مثبت او را تشویق کرده و پاداش دهند.

دکتر موسوی بیان کرد: خط اول درمان اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی، درمان دارویی است و در کنار درمان دارویی، درمان تایید شده دیگر، آموزش والدین برای شناخت بیماری و تصحیح باورهای غلط در مورد بیماری درمیان آن، در کنار آموزش روش‌های مناسب فرزند پروری و مداخلات رفتاری مناسب برای تقویت رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای منفی کودک یا نوجوان با استفاده مناسب از پاداش و محروم سازی می‌باشند. این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان اظهار داشت: براساس آخرین پژوهش‌ها، مکمل‌ها، رژیم‌های غذایی خاص و نوروفیدبک تأثیر مناسبی در بهبود اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در کودکان یا نوجوانان ندارند و تنبیه فیزیکی نه تنها کمکی به بهبود کودک نمی‌کند، بلکه به تشدید علایم او و الگو گیری از این رفتار نادرست والدین و پرخاشگری کودک منجر می‌شود.

وی ابراز داشت: داروهای متعددی برای درمان اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی ساخته شده است که ریتالین (متیل فنیدیت) و اتوموکستین (استراموکس) در کشور ما بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. ضمنا علاوه بر این داروها، گاهی داروهایی مثل آربی پروزول، رسپریدون و کلونیدین هم در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی کاربرد دارند.

دکتر موسوی در پایان گفت: پزشک بعد از ارزیابی دقیق کودک و با در نظر گرفتن شرایط فیزیکی مثل وزن، شرایط خواب و اشتها، کودک، سن، نوع و شدت اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی، وجود یا عدم وجود سایر اختلالات روانپزشکی یا بیماری‌های جسمی، داروی مناسب و دوز متناسب با وزن کودک یا نوجوان را برای وی از میان داروهای تایید شده برای درمان اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی تجویز می‌کند.

آفتاب یزد در گفت و گو با متخصص طب کار و فلوشیپ پزشکی خواب بررسی کرد

### اختلال حمله خواب یا نارکولپسی چیست؟



دکتر صادق نیت عنوان کرد: اگرچه نارکولپسی یک بیماری نادر نیست اما اغلب به اشتباه به عنوان بیماری دیگری تشخیص داده شده و یا تشخیص آن سال‌ها پس از شروع تظاهرات آن صورت می‌گیرد.

**آفتاب یزد- گروه زندگی:** آیا می‌دانید حمله خواب یا نارکولپسی چیست؟ نارکولپسی یک اختلال است که بر کنترل خواب و بیداری تأثیر می‌گذارد. در افراد معمولی چرخه خواب به این صورت است که ما ابتدا وارد مرحله اول خواب می‌شویم و به تدریج مراحل خواب عمیق‌تر را تجربه می‌کنیم یعنی حدود نود دقیقه زمان لازم است. اختلال حمله خواب هر چند که می‌تواند کوتاه باشد و فقط برای چند ثانیه طول بکشد، اما احتمال رخ دادن حادثه و خطر وجود دارد و در فعالیت‌های روزمره زندگی فرد اختلال ایجاد می‌کند. با توجه به اهمیت موضوع آفتاب یزد در این باره با دکتر خسرو صادق نیت، متخصص طب کار و فلوشیپ پزشکی خواب گفت و گو کرده است.

**نشانه‌های کلاسیک بیماری اختلال حمله خواب عبارتند از خواب آلودگی شدید طی روز، کاتاپلکسی، دوره‌های ناگهانی و کوتاه مدت ضعف عضلانی یا از بین رفتن قدرت عضلانی که مخصوصا در زمان بروز احساسات شدید مثل خندیدن و عصبانی شدن رخ می‌دهند، فلج خواب زبیرا فسر در زمان به خواب رفتن یا از خواب بیدار شدن به این عارضه اختصاصی است احساس بیدار است احساس می‌کند که قادر به صحبت کردن و یا حرکت کردن نیست و توهمات شروع خواب بدین صورت که فرد هنگام شروع خواب تصاویر رویا مانند می‌همی را مشاهده می‌کند**

این متخصص اظهار داشت: تشخیص زودهنگام و درمان نارکولپسی می‌تواند نقش مهمی در بهبود اثرات سوء این بیماری بر جسم و روان افراد مبتلا داشته باشد. بیماری نارکولپسی اختلالی است که می‌تواند در دوره طولانی ای از زندگی برای فرد مشکلاتی ایجاد کند اما در حالی که بیماری زود تشخیص داده شده و درمان آن شروع شود، فرد می‌تواند با مصرف داروهای مناسب و همچنین حمایت افراد نزدیک مانند اعضای خانواده، زندگی تقریبا نرمالی داشته باشد. ولی اگر این بیماری دیر تشخیص داده شده و یا تشخیص داده نشود می‌تواند اثرات تخریب‌کننده‌ای بر روی زندگی فرد بر جای گذارد و مشکلاتی را در زمینه‌های اجتماعی، آموزشی، روانی و ... برای فرد در پی داشته باشد.

وی تصریح کرد: درمان قطعی برای بیماری نارکولپسی وجود ندارد ولی می‌توان نشانه‌های آن را با مداخلات درمانی و تغییرات رفتاری کنترل کرد. خواب آلودگی افراطی در طی روز به وسیله مصرف دارو کنترل می‌شوند.

دکتر صادق نیت اضافه کرد: غالبا داروها نشانه‌های بیماری نارکولپسی را کاهش می‌دهند اما باعث قطع کامل آنها نمی‌شوند. بسیاری از داروهای این اثرات تنظیم یک برنامه زمانی منظم برای خواب شب و چرت‌های روزانه و یا پرهیز از شرکت در موقعیت‌های همراه با هیجان‌ت شدید می‌تواند در کاهش نشانه‌های بیماری نارکولپسی نقش داشته باشد.

این متخصص طب کار و فلوشیپ پزشکی خواب در پایان گفت: تغییرات در شیوه زندگی روزمره افراد مانند تنظیم یک برنامه زمانی منظم برای خواب شب و چرت‌های روزانه و یا پرهیز از شرکت در موقعیت‌های همراه با هیجان‌ت شدید می‌تواند در کاهش نشانه‌های بیماری نارکولپسی نقش داشته باشد.

### عوارض و خطرات جانبی حمله خواب

در ادامه نیز یک روانپزشک گفت: به خواب فرورفتن ناگهانی در طول روز و از دست دادن توان عضلانی از مهم ترین نشانه‌های بیماری حمله خواب محسوب می‌شود. به گزارش باشگاه خبرنگاران، مظفر روحانی اظهار داشت: بیماری حمله خواب(نارکولپسی) یک عارضه نسبتا نادر است که در حدود ۲ صدم تا ۱۶ صدم درصد در افراد بالغ شیوع دارد. وی بیان کرد: تعداد حملات خواب بین ۲ تا شششش حمله در طول روز است که هر حمله بین ۲۰ تا ۵۰ دقیقه طول می‌کشد. این روانپزشک با بیان اینکه مبتلایان به بیماری حمله خواب بلافاصله به خواب فرو می‌روند، عنوان کرد: امکان بروز این حملات در هر زمان و مکانی وجود دارد، به همین دلیل می‌تواند حوادث خطرناکی برای این گروه از افراد پیش آید. روحانی تصریح کرد: افرادی که دچار بیماری حمله خواب می‌شوند به صورت ناگهانی توان عضلانی خود را از دست می‌دهند که این تعادل نداشتن و زمین خوردن "کاتاپلکسی" نامیده می‌شود. وی در خصوص علایم بیماری حمله خواب گفت: احساس خواب آلودگی شدید در طی روز، فلج خواب(البته این عارضه در افراد عادی نیز مشاهده می‌شود ولی مبتلایان به بیماری حمله خواب بیشتر به آن دچار می‌شوند)، آینه خواب(ایجاد وقفه در سیستم تنفسی)، سندروم پای بی‌قرار (مشکل در خوابیدن)، تنبیه فیزیکی نه تنها کمکی به بهبود کودک نمی‌کند، بلکه به تشدید علایم او و الگو گیری از این رفتار نادرست والدین و پرخاشگری کودک منجر می‌شود. وی ابراز داشت: داروهای متعددی برای درمان اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی ساخته شده است که ریتالین (متیل فنیدیت) و اتوموکستین (استراموکس) در کشور ما بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. ضمنا علاوه بر این داروها، گاهی داروهایی مثل آربی پروزول، رسپریدون و کلونیدین هم در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی کاربرد دارند.

نشانه‌های بیماری نارکولپسی می‌توانند در هر سنی شروع به تظاهر کنند ولی عموما زمان شروع این نشانه‌ها در ۱۵ تا ۳۰ سالگی است.

این متخصص طب کار و فلوشیپ پزشکی خواب عنوان کرد: نشانه‌های کلاسیک بیماری اختلال حمله خواب عبارتند از خواب آلودگی شدید طی روز، کاتاپلکسی، دوره‌های ناگهانی و کوتاه مدت ضعف عضلانی یا از بین رفتن قدرت عضلانی که مخصوصا در زمان بروز احساسات شدید مثل خندیدن و عصبانی شدن رخ می‌دهند، فلج خواب زبیرا فسر در زمان به خواب رفتن یا از خواب بیدار شدن به این عارضه مبتلا می‌شود و در حالی که بیدار است احساس می‌کند که قادر به صحبت کردن و یا حرکت کردن نیست و توهمات شروع خواب بدین صورت که فرد هنگام شروع خواب تصاویر رویا مانند می‌همی را مشاهده می‌کند. وی ابراز داشت: افراد مبتلا به نارکولپسی خواب را با ورود به خواب REM) Rapid Eye Movement) یا رویا حالت بیداری توصیف کرده‌اند.

دکتر صادق نیت خاطر نشان کرد: نشانه‌های بیماری نارکولپسی می‌توانند در هر سنی شروع به تظاهر کنند ولی عموما زمان شروع این نشانه‌ها در ۱۵ تا ۳۰ سالگی است.

این متخصص طب کار و فلوشیپ پزشکی خواب عنوان کرد: نشانه‌های کلاسیک بیماری اختلال حمله خواب عبارتند از خواب آلودگی شدید طی روز، کاتاپلکسی، دوره‌های ناگهانی و کوتاه مدت ضعف عضلانی یا از بین رفتن قدرت عضلانی که مخصوصا در زمان بروز احساسات شدید مثل خندیدن و عصبانی شدن رخ می‌دهند، فلج خواب زبیرا فسر در زمان به خواب رفتن یا از خواب بیدار شدن به این عارضه مبتلا می‌شود و در حالی که بیدار است احساس می‌کند که قادر به صحبت کردن و یا حرکت کردن نیست و توهمات شروع خواب بدین صورت که فرد هنگام شروع خواب تصاویر رویا مانند می‌همی را مشاهده می‌کند. وی ابراز داشت: افراد مبتلا به نارکولپسی خواب را با ورود به خواب REM) Rapid Eye Movement) یا رویا حالت بیداری توصیف کرده‌اند.

دکتر موسوی ادامه داد: لازم است والدین از برچسب زدن و تحقیر فرزندشان با لغاتی مثل قرضی، روانی و غیره (که متأسفانه فراوان و مخصوصا هنگام عصبانیت والدین از رفتارهای کودک اتفاق می‌افتد) اجتناب کنند و در صورت انجام این رفتار از طرف خواهر یا برادر کودک، با آنها صحبت و از این رفتار بر حذر دارند.

این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان تصریح کرد: والدین محترم باید توجه داشته باشند که از القاء حواس احساس گناه در فرزندشان یا جملاتی مثل از دست تو مریض شدم، بیچاره ام کردی، خسته‌ام کردی، دوست ندارم، از دست تو بپوش شدم و غیره اجتناب کنند و از مقایسه کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی با دیگر کودکان خودداری نمایند زیرا این رفتارها باعث افت اعتماد به نفس کودک می‌شود.

وی خاطر نشان کرد: برای ارتباط مناسب و قوی با کودک، والدین باید زمان کافی و مناسب با فرزند خود سپری کرده و فعالیت‌های مشترک که موردعلاقه کودک و مورد تایید آنها باشد با فرزند خود داشته باشند و احساسات خود را نسبت به فرزندشان نشان داده و رفتارهای مثبت او را تشویق کرده و پاداش دهند.

دکتر موسوی بیان کرد: خط اول درمان اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی، درمان دارویی است و در کنار درمان دارویی، درمان تایید شده دیگر، آموزش والدین برای شناخت بیماری و تصحیح باورهای غلط در مورد بیماری درمیان آن، در کنار آموزش روش‌های مناسب فرزند پروری و مداخلات رفتاری مناسب برای تقویت رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای منفی کودک یا نوجوان با استفاده مناسب از پاداش و محروم سازی می‌باشند. این فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان اظهار داشت: براساس آخرین پژوهش‌ها، مکمل‌ها، رژیم‌های غذایی خاص و نوروفیدبک تأثیر مناسبی در بهبود اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در کودکان یا نوجوانان ندارند و تنبیه فیزیکی نه تنها کمکی به بهبود کودک نمی‌کند، بلکه به تشدید علایم او و الگو گیری از این رفتار نادرست والدین و پرخاشگری کودک منجر می‌شود.

وی ابراز داشت: داروهای متعددی برای درمان اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی ساخته شده است که ریتالین (متیل فنیدیت) و اتوموکستین (استراموکس) در کشور ما بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد. ضمنا علاوه بر این داروها، گاهی داروهایی مثل آربی پروزول، رسپریدون و کلونیدین هم در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی کاربرد دارند.

دکتر موسوی در پایان گفت: پزشک بعد از ارزیابی دقیق کودک و با در نظر گرفتن شرایط فیزیکی مثل وزن، شرایط خواب و اشتها، کودک، سن، نوع و شدت اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی، وجود یا عدم وجود سایر اختلالات روانپزشکی یا بیماری‌های جسمی، داروی مناسب و دوز متناسب با وزن کودک یا نوجوان را برای وی از میان داروهای تایید شده برای درمان اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی تجویز می‌کند.