

# فهرست

|    |                               |
|----|-------------------------------|
| ۷  | سخن مترجم.....                |
| ۹  | پیشگفتار ویراستار مجموعه..... |
| ۱۳ | پیشگفتار.....                 |

## بخش اول سبب‌شناسی، سیر و همه‌گیرشناسی اختلال

|    |                               |
|----|-------------------------------|
| ۲۱ | فصل ۱ نشانه‌های ADHD.....     |
| ۳۹ | فصل ۲ همه‌گیرشناسی و سیر..... |
| ۵۵ | فصل ۳ سبب‌شناسی.....          |

## بخش دوم ارزیابی و تشخیص

|    |                          |
|----|--------------------------|
| ۶۹ | فصل ۴ ارزیابی.....       |
| ۹۵ | فصل ۵ تشخیص افتراقی..... |

## بخش سوم مشاوره و روان‌درمانی

|     |   |
|-----|---|
| ۱۲۵ | فصل ۶ مشاوره فردی با پسر بچه‌ها و نوجوانان کوچک‌تر..... |
| ۱۵۵ | فصل ۷ تکنیک‌های فرزندپروری.....                         |
| ۱۸۳ | فصل ۸ مشاوره فردی با مردان و نوجوانان بزرگ‌تر.....      |
| ۲۱۱ | فصل ۹ کار با همسران مردان مبتلا به ADHD.....            |
| ۲۳۵ | فصل ۱۰ تکنیک‌های گروه.....                              |

## بخش چهارم مداخلات آموزشی

|     |                                    |
|-----|------------------------------------|
| ۲۵۹ | فصل ۱۱ اصلاحات آموزشی.....         |
| ۲۸۵ | فصل ۱۲ مدیریت رفتار دانش‌آموز..... |

## بخش پنجم رویکردهای پزشکی

|     |                                   |
|-----|-----------------------------------|
| ۳۱۱ | فصل ۱۳ داروهای محرک.....          |
| ۳۳۷ | فصل ۱۴ داروهای غیر محرک.....      |
| ۳۶۹ | فصل ۱۵ مداخلات غذایی و گیاهی..... |
| ۴۰۱ | واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....   |
| ۴۰۵ | واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....   |



## سخن مترجم

کتاب مشاوره با پسران و مردان مبتلا به اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی اثری جامع و کامل، در نوع خود بی‌نظیر و مبتنی بر یافته‌های پژوهشی می‌باشد. مترجم در طی سال‌ها مشاوره با بیماران مبتلا در کودکان به‌ویژه در مردان و پسران، فقدان منبعی غنی در فارسی را احساس می‌کرد. همچنین در آموزش به دانشجویان نیز خلأ منبعی که شامل موارد بیماری، اعم از تعریف و سیر، پیش‌آگهی، سبب‌شناسی، پیامدهای منفی، بیماری‌های همبود، دارودرمانی، مشاوره فردی، گروهی، آموزش والدین و غیره را در برگیرد وجود داشت. بنابراین به‌محض دریافت کتاب با علاقه و خوشحالی آن را مطالعه و به‌همراه سرکار خانم دکتر رنجبر تصمیم به ترجمه کتاب گرفتیم. نکاتی را که در مورد این کتاب لازم است به عرض خوانندگان عزیز برسانم این است که بسیاری از خانواده‌ها و زوج‌هایی که برای درمان مشکلات ارتباطی مراجعه می‌کنند دارای اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه هستند و در این مراجعین علاوه بر فنون خانواده‌درمانی نیاز به علم و آگاهی نسبت به تشخیص و درمان‌های خاص این اختلال هم وجود دارد و این کتاب به این نیاز به‌طور کامل پاسخ می‌دهد.

این منبع ارزشمند برای گروه‌های زیادی اعم از مدرسین دانشگاه، روان‌پزشکان، روان‌شناسان بالینی، مشاوران خانواده، مددکاران اجتماعی، دانشجویان رشته‌های مرتبط و کلیه تخصص‌های درگیر در درمان این اختلال کاربردی و مفید می‌باشد

همچنین از همسر و فرزندان عزیزم مارال و علیرضا که در روند ترجمه کتاب کمک کرده و در سختی‌های کار با صبوری همراهم بوده‌اند تشکر می‌کنم  
از همکار عزیزم سرکار خانم دکتر رنجبر و همکاران گرامی انتشارات ارجمند به‌ویژه سرکار خانم جلالی و سرکار خانم شکی، کمال تشکر و امتنان را دارم. امیدوارم که این کتاب اثری جامع و ماندگار در حوزه درمان اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه باشد.

دکتر موسوی

عضو هیئت‌علمی دانشگاه شاهد



## پیشگفتار ویراستار مجموعه

اختلال نقص توجه بیش‌فعالی (ADHD) مشکل سلامت روان جدی است که پسران و مردان زیادی را در نقاط مختلف جهان تحت تأثیر خود قرار داده است. مطابق با گزارش اخیر مرکز ملی آمار سلامت و نوشته‌های پاستور و روبن (۲۰۰۸) نزدیک به ۱۲ درصد از پسران در ایالات متحده پیش از سن ۱۸ سالگی مبتلا به ADHD تشخیص داده می‌شوند و پسران نزدیک به دو برابر بیشتر از دختران به این اختلال مبتلا می‌شوند. نشانه‌های ADHD در بین حداقل یک‌سوم از این پسران تا بزرگسالی تداوم پیدا می‌کند (مؤسسه ملی سلامت روان، ۲۰۰۸). مطالعات متعدد منتشرشده توسط سازمان بهداشت جهانی مؤید متداول بودن ADHD در بین پسران و مردان است، اختلالی که قاره‌های مختلف را درنوردیده و چالش‌های خدماتی جدی را برای متخصصین سلامت در بسیاری از کشورها ایجاد کرده است (برای مثال دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در آفریقا، ۲۰۰۲؛ دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا، ۲۰۰۷). خلاصه آنکه شیوع ADHD در بین پسران و مردان نگرانی‌های بین‌المللی متعددی را ایجاد کرده است.

در طی چند دهه گذشته به‌منظور پاسخگویی به بسیاری از مشکلات آموزشی، هیجانی و اجتماعی ناشی از ADHD توجه گسترده‌ای به آن معطوف شده و موردبحث قابل‌توجه در رسانه‌هاست. سازمان‌هایی در جهت حمایت مردم و خانواده‌های تحت تأثیر منفی ADHD تخصیص و توسعه‌یافته و مداخلات متعددی برای درمان نشانه‌های ADHD طراحی شده و بر روی میلیون‌ها پسر و مرد در سراسر جهان اجرا شده‌اند. صرف‌نظر از نحوه ارزیابی افرادی که مشکوک به ابتلا به این اختلال هستند و شیوه درمان افرادی که در حقیقت به آن مبتلا هستند، تصورات اشتباه زیادی درباره ADHD وجود دارد. داشتن اطلاعات دقیق درباره ADHD از آن‌رو ضروری است که به تعداد کثیری از پسران و مردان مبتلا به ADHD امکان دریافت درمان مؤثر داده شود تا به‌واسطه آن بتوانند در روابط شخصی خود، مدرسه و دنیای کار عملکردی مناسب داشته باشند.

دکتر جورج کاپالکا از دانشگاه مانامث بخش قابل‌توجهی از دوران حرفه‌ای خود را صرف مطالعه، درک و کمک به پسران و مردان مبتلا به ADHD کرده است. سال‌ها پیش در برهه‌ای از زمان که سعی داشتم در مورد این اختلال دانش بیشتری کسب کنم با حضور در سمیناری که در زمینه ADHD، توسط دکتر کاپالکا برگزار شده بود، تحت تأثیر ارائه شایسته ایشان قرار گرفتم و اغلب در هنگام مشاوره با مراجعین مذکر خود که دارای مشکلات توجهی و بیش‌فعالی بودند، برای مشورت با او تماس می‌گرفتم. در نتیجه تماس‌های مکرر خود با دکتر کاپالکا پی‌بردم که او به اجرای رشته‌ای از مطالعات تجربی بسیار پیچیده بر روی ADHD و درمان آن دست‌زده است و شمار قابل‌توجهی از آثار خود را منتشر و کارگاه‌هایی در خصوص آن برگزار کرده است، همچنین با تأسیس مرکز خصوصی

خود به ارائه خدمات گسترده به پسرچه‌ها و مردان مبتلا به ADHD و مشکلات سازگاری مشابه می‌پردازد. در نتیجه زمانی که من تصمیم به نشر سری روتلج در ارتباط با مشاوره و روان‌درمانی برای پسرچه‌ها و نوجوانان گرفتم، دکتر کاپالکا یکی از نخستین افرادی بود که از وی درخواست کردم تا نوشتن کتابی را برای این سری مدنظر داشته باشد. با تصدیق شیوع گسترده ADHD و تأثیر روانی نامساعد آن بر روی پسرچه‌ها و مردان و با توجه به این امر که بسیاری از تصورات پزشکان و عامه مردم درباره این اختلال نادرست است، برای من مسجل بود که موفقیت انتشار کتابی مختص موضوع ADHD در این مجموعه تضمین شده است و برای تحقق این مهم دکتر کاپالکا فرد مناسبی است. بخت یارمان بود و دکتر کاپالکا دعوتم را برای همکاری در این مجموعه پذیرفت و آخرین دستاوردش کتاب مشاوره با پسران و مردان مبتلا به ADHD، کتاب راهنما برای متخصصین در صف طویل کارهای او درباره ADHD قرار گرفت.

مشاوره با پسرچه‌ها و مردان مبتلا به ADHD برای متخصصین هر آنچه را که باید درباره ADHD در افراد مذکر بدانند فراهم کرده است. دکتر کاپالکا با بررسی و جستجو در میان کوهی از ادبیات پژوهشی مرتبط با سبب‌شناسی، همه‌گیرشناسی و سیر ADHD، ماهیت این اختلال و نحوه تأثیر آن بر روی زندگی شمار زیادی از پسرچه‌ها و مردان مبتلا را به روشنی به تصویر کشیده است. سپس فرایندهای ارزیابی چندوجهی را که باید به منظور ارائه تشخیص دقیق در پسرچه‌ها و مردان مبتلا به ADHD انجام‌پذیرند با ذکر جزئیات توصیف نموده و در بحث پیرامون مداخلات مرتبط با ADHD با بررسی دقیق حمایت‌های تجربی از رویکردهای درمانی متنوع، به جداسازی مداخله‌های مؤثر از سبک‌های بی‌ثمر (اگر نگویم آسیب‌زای) مورداستفاده در درمان این اختلال پرداخته است. او در میان تمامی مباحث بااهمیت موجود در ارتباط با ADHD، بر روی نقش‌های مردانه و نحوه تأثیر طرز تفکر و انتظارات افراد از مردانگی بر روی شیوه بروز نشانه‌های این اختلال و واکنش به آنها تمرکز کرده و به طرح این موضوع پرداخته است که در حقیقت مبتلا بودن فرد مذکری به ADHD به چه معناست. در نهایت کتاب مشاوره با پسرچه‌ها و مردان مبتلا به ADHD با ارائه چشم‌اندازی بی‌همتا از وضعیت افراد مذکر مبتلا به ADHD به ما این امکان را می‌دهد تا بدانیم چگونه می‌توان به آنها کمک کرد تا زندگی رضایت‌مندانه‌تری داشته باشند.

در اینجا صمیمانه به سهم خود از تلاش‌های فراوان دکتر کاپالکا در راستای کمک به درک و فهم جامع‌ترمان درباره این موضوع بااهمیت قدردانی می‌کنم.

ویرایشگر مجموعه، مارک اس. کیسلیکا

– مجموعه روتلج پیرامون مشاوره و روان‌درمانی با پسرچه‌ها و مردان

– کالج نیوجرسی، ۱ مه ۲۰۰۹

- National Institute of Mental Health (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder*. Retrieved on May 1, 2009 at <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder/complete-index.shtml>
- Pastor, P. N., & Reuben, C. A. (2008). Diagnosed attention deficit hyperactivity disorder and learning disability: United States, 2004–2006. National Center for Health Statistics. *Vital Health Statistics, 10* (237), 2008.
- World Health Organization Regional Office for Africa (2002). *Disorders of childhood and adolescence*. Retrieved May 1, 2009 at [http://www.afro.who.int/mentalhealth/related\\_diseases/childhood\\_adolescence.html](http://www.afro.who.int/mentalhealth/related_diseases/childhood_adolescence.html)
- World Health Organization Regional Office for Europe (2007). FLORENCE DECLARATION: *Mental wellbeing of children in Europe: Plans and perspectives*. Retrieved on May 1, 2009 at [http://www.euro.who.int/mentalhealth/declarations/20070828\\_2](http://www.euro.who.int/mentalhealth/declarations/20070828_2)





## پیشگفتار

اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) متداول‌ترین اختلال روان‌شناختی تشخیص داده شده در میان کودکان و نوجوانان است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA)، ۲۰۰۰). مطابق ارقام منتشرشده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (APA، DSM-IV-TR، ۲۰۰۰) نزدیک به ۳ تا ۷ درصد از کودکان سنین مدرسه مبتلا به این اختلال تشخیص داده می‌شوند. این امر بدان معنا است که با توجه به آنکه به‌تازگی جمعیت ایالات‌متحده به سیصد میلیون نفر رسیده است و کودکان سنین مدرسه نماینده کم‌وبیش ۲۴ درصد از کل این جمعیت هستند (اداره سرشماری ایالات‌متحده، ۲۰۰۳)، چیزی در حدود ۲ تا ۵ میلیون کودک در ایالات‌متحده می‌توانند مبتلا به این اختلال تشخیص داده شوند.

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (APA، ۲۰۰۰) ADHD را به‌عنوان اختلالی معرفی می‌کند که به‌طور عمده در بین پسرچپه‌ها رخ داده و نسبت ابتلای پسران به دختران در آن ۹ به ۱ است، با این وجود بنا بر پیشنهاد برخی از پژوهشگران ممکن است این میزان به رقم ۳ به ۱ نزدیک‌تر باشد (بارکلی، ۲۰۰۶) و حتی مقادیر بالاتر نیز در سایر داده‌های همه‌گیرشناسی مشاهده شده است (برای مثال، برد، ۲۰۰۲)؛ در نتیجه و بنابراین اطلاعات می‌توان چنین برآورد کرد که ۱/۸ تا ۴/۵ میلیون نفر از پسرچپه‌ها و نوجوانان مذکر در ایالات‌متحده مبتلا به ADHD تشخیص داده می‌شوند.

ADHD نه تنها در میان پسرچپه‌ها و نوجوانان مذکر شیوع بیشتری دارد بلکه آنها را به‌احتمال بیشتری برای درمان سلامت روان ارجاع می‌دهند (بارکلی، ۲۰۰۶). دلیل وجود این تفاوت آن است که کودکان و نوجوانان مذکر به شکل متعارف مشکلات بیشتری در ارتباط با خویشتن‌داری داشته و نشانه‌های ایزدایی شدیدتری را در خانه و مدرسه بروز می‌دهند. از این رو والدین و معلمین آنها برای مواجهه با این مشکلات به مساعدت نیازمندند و مجبور می‌شوند تا از متخصصین سلامت روان و آموزش درخواست کمک کنند.

دامنه کاملی از نشانه‌های ADHD در بین چهل تا شصت درصد از افراد مبتلا تا دوره بزرگسالی تداوم پیدا می‌کند (بارکلی، ۲۰۰۶). براساس داده‌های سرشماری ایالات‌متحده می‌توان چنین تخمین زد که در حدود ۱/۲ تا ۳ میلیون نفر از کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD در دوران بزرگسالی نیز تحت تأثیر آن هستند و مردان ۹۰ درصد از این جمعیت را تشکیل می‌دهند؛ بنابراین شواهد به شکل روشنی حاکی از آن است که اغلب بزرگسالان مبتلا به ADHD مرد هستند.

نشانه‌های ADHD در قالب دو بعد بیش‌فعالی/ تکانشگری و حواس‌پرتی/ بی‌نظمی طبقه‌بندی می‌شود. پسرچپه‌ها و نوجوانان به‌طورمعمول نشانه‌های قابل‌توجهی از بیش‌فعالی و/یا تکانشگری بروز می‌دهند که اغلب در خانه و مدرسه تظاهر پیدا می‌کند. آنها در پیروی از دستورها و دستورالعمل‌ها دشواری داشته و به بحث کردن و اخلا‌لگری در کلاس درس و در جریان بسیاری از فعالیت‌های

معمول خانگی (برای مثال هنگام صرف وعده‌های غذا و در طی گردش خانوادگی) گرایش دارند. انجام کارهای روزمره نظیر لباس پوشیدن و تکمیل تکلیف خانگی برای پسر بچه‌ها و نوجوانان مبتلا به ADHD دشوار است و محدودیت در فراختای توجه، تحمل ناکامی پایین و ناکافی بودن مهارت‌ها تکانه اغلب منجر به انحراف آنها از فعالیت در حال انجام می‌شود.

تکانشگری نیز بعد دیگر متداول و زیربنایی برای این نشانه‌ها است. به همین دلیل مردان مبتلا به ADHD اغلب در خویشتن‌داری مشکل داشته و به‌عنوان افرادی مقابله‌جو و پرخاشگر شناخته می‌شوند. مردان مبتلا به ADHD بارها با اعضای خانواده (به‌ویژه والدین، خواهر و برادران و همسر)، معلمان و همکاران (به‌ویژه کارفرمایان) خود دچار تعارض می‌شوند که موجب سرخوردگی این افراد در هنگام تعامل با آنها می‌شود.

برخی از مردان مبتلا به ADHD تکانشگر، مقابله‌جو یا پرخاشگر نیستند و در عوض دچار محدودیت در فراختای توجه، بی‌نظمی و مشکل در تکمیل تکلیف و فراموش‌کاری هستند. این مردان به‌طور معمول در دوران کودکی برون‌ریزی زیادی بروز نمی‌دهند اما اغلب دارای مشکلات تحصیلی هستند و از سایر همکلاسی‌های خود در مهارت‌های تحصیلی عمومی (برای مثال نوشتن، خواندن و ریاضیات) عقب می‌مانند. بی‌نظمی به شکل خاص می‌تواند نشانه مشکل آفرینی باشد و افراد بی‌نظم معمولاً در ارتباط با پیگیری تکالیف و نگهداری کتاب‌ها، دفترها و سایر وسایلشان مشکل دارند، در نتیجه این امر موجب سرخوردگی والدین، معلمان، کارفرما و همسر خود شده و به‌دفعات به دلیل فراموش‌کار بودن توبیخ می‌شوند.

مشکلات مرتبط با سازگاری اجتماعی در میان پسر بچه‌ها و مردان مبتلا به ADHD امری متداول است. این کودکان به دلیل خویشتن‌داری و مهارت‌ها تکانه ضعیف در هنگام تعامل اجتماعی با همکلاسی‌های خود ناموفق هستند. برای مثال پسر بچه‌های مبتلا به ADHD هنگام ملحق شدن به گروهی از همکلاسی‌هایشان سعی می‌کنند تا رهبری آن را به دست گرفته و نظر خود را درباره آنکه چه فعالیتی در گروه باید به انجام رسد به دیگران تحمیل کنند. علاوه بر این آنها در مشارکت در امور دچار مشکل بوده و اغلب اگر نتوانند مطابق میل خود عمل کنند به شیوه‌ای انفجاری برخورد می‌کنند. در نتیجه این امر بسیاری از پسر بچه‌های مبتلا به ADHD در دوست‌یابی و حفظ روابط مطلوب با همکلاسی‌های خود مشکل دارند.

اغلب مشکلات مشاهده‌شده در کودکان و نوجوان مذکر مبتلا به ADHD تا بزرگسالی تداوم پیدا می‌کند. آنها به‌طور معمول در برآورده ساختن مطالبات شغل خود مشکل داشته و کارشان را به‌دفعات عوض می‌کنند، رسیدگی به امور روزمره نگهداری منزل (برای مثال به یادسپاری زمان پرداخت قبضه‌ها) برای‌شان دشوار است و اغلب از دید دیگران افرادی بی‌مسئولیت قلمداد می‌شوند. بزرگسالان مذکر مبتلا به ADHD در تصمیم‌گیری و گاه نیز در قضاوت به دلیل تداوم تکانشگری ضعف دارند.

علاوه بر این به عنوان همسر و نامزدهایی مشکل‌آفرین توصیف می‌شوند و به شکل متعارف در مهارت‌های فرزندپروری ضعیف هستند.

کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مذکر مبتلا به ADHD به دلیل بروز مشکلات متعدد در حیطه‌های عملکرد روزمره شکست می‌خورند. به دلیل آنکه بیشتر پسر بچه‌های مبتلا به ADHD دارای مشکلات رفتاری هستند، پی‌درپی توسط بزرگسالان ملامت و تنبیه می‌شوند و والدین، معلمان و سایر مراقبین پسر بچه‌ها و نوجوانان مذکر مبتلا به ADHD اغلب خود را در حال توییح و اصلاح آنها می‌بینند. مردان مبتلا به ADHD در معرض تعارض با همسرشان بوده و بزرگ کردن فرزند برای آنها کار پرحتمی به نظر می‌رسد. در نتیجه این امر بروز مشکلات دیگر چون عزت‌نفس پایین، انگیزه تحصیلی محدود، خشم و حساسیت بیش از اندازه در میان مردان مبتلا به ADHD امری متداول است. این مشکلات ثانویه بر اثر نشانه‌های اولیه ADHD تشدید شده و نهایتاً داشتن رابطه خوب با والدین، معلمان، همسر، همکاران و همتایان را برای مردان مبتلا به ADHD دشوارتر می‌کند.

مردان مبتلا به ADHD در معرض خطر دچار شدن به سایر مشکلات نیز هستند. در حدود نیمی از افراد مذکر مبتلا به ADHD دارای نشانه‌هایی از سایر اختلالات روان‌شناختی هستند که به‌طور عمده دربرگیرنده افسردگی، اضطراب، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک است (بارکلی، ۲۰۰۶). این هم‌زمانی اختلالات در میان بزرگسالان مذکر مبتلا به ADHD به مراتب بیشتر است و سه چهارم از آنها مبتلا به اختلال روانی دیگری نیز تشخیص داده می‌شوند. نوجوانان و مردان مذکر مبتلا به ADHD در معرض خطر درگیری در رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد مخدر هستند. علاوه بر این به احتمال زیاد دارای مشکلات تحصیلی فراوان هستند. در حدود یک سوم پسر بچه‌های مبتلا به ADHD حداقل یک‌بار در مدرسه مردود شده‌اند، نزدیک به یک سوم آموزش ویژه دریافت می‌کنند، در حدود نیمی از آنها حداقل یک‌بار حکم تعلیق از مدرسه گرفته‌اند، ۱۰ تا ۳۳ درصد مدرسه را ترک کرده یا اخراج شده‌اند و تنها ۱۰ درصد از آنها تحصیلات دانشگاهی خود را به پایان می‌رسانند (هنشاو، ۲۰۰۲).

پسر بچه‌ها و نوجوانان مذکر مبتلا به ADHD بزرگ‌ترین بخش از افراد ارجاعی زیر سنین قانونی را در درمان سلامت روان تشکیل می‌دهند و بزرگسالان مذکر مبتلا به ADHD به شکل فزاینده در جستجوی درمانی هستند تا به آنها در سازگاری با مطالبات روزمره زندگی کمک کند، از این‌رو ضروری است تا متخصصین به روش‌های درمان این اختلال احاطه داشته باشند. در منابع زیادی به بررسی سبب‌شناسی و درمان این اختلال پرداخته شده است، با این وجود در اغلب آنها تنها بر روی منافع استفاده از داروها در مواجهه با نشانه‌های اصلی تمرکز شده است. پوشش درمان‌های غیر دارویی به‌طور معمول به مداخلات فرزندپروری محدود شده و کتاب‌های مختص متخصصین نیز مطالب زیادی را به سایر مداخلات مشاوره‌ای اختصاص نداده‌اند. علاوه بر این در منابع مخصوص متخصصین به نیازهای ویژه مردان مبتلا به این اختلال کمتر اشاره می‌شود. هدف کتاب راهنمای حاضر پر کردن این خلأ در ادبیات تخصصی و ارائه مروری بر مداخلات مشاوره‌ای، آموزشی و پزشکی با گرایش ویژه

به‌سوی نیازهای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مذکر مبتلا به ADHD است.

کتاب راهنمای حاضر به پنج بخش تقسیم شده است. بخش اول به توصیف، سبب‌شناسی و سیر نشانه‌های ADHD اختصاص یافته است. در بخش دوم شیوه‌های ارزیابی و تشخیص افتراقی با تمرکز بر روی نشانه‌های متداول در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مذکر مرور شده و مشکلات رفتاری، تحصیلی، اجتماعی و حرفه‌ای این افراد در خانه، مدرسه، محل کار و موقعیت‌های اجتماعی بررسی شدند. همچنین نشانه‌های اصلی (اولیه) از نشانه‌های ثانویه تفکیک شده تا به متخصصین در شناخت پیچیدگی و تنوع گروه‌های مختلف نشانه‌هایی کمک کنند که در آسیب کلی بروز یافته در افراد مذکر مبتلا به ADHD دخیل هستند. شیوع و سیر بیماری نیز با تمرکز بر روی پیشرفت نشانه‌ها از دوره کودکی تا سال‌های نوجوانی و بزرگسالی تشریح شده و همچنین ابزارهای متنوعی که متخصصین در سطوح مختلف آموزش سلامت روان می‌توانند از آنها برای تشخیص نشانه‌های ADHD استفاده کنند، مورد بررسی قرار گرفتند. در پایان نیز موضوعات تشخیصی به‌منظور تسهیل تشخیص افتراقی مطرح شده است.

در بخش ۳ به شکل جامع درباره‌ی روش‌های غالب مورد استفاده توسط متخصصین سلامت روان بحث شده است. در این بخش تکنیک‌های خاص مشاوره برای مواجهه با نشانه‌های اصلی ADHD و ویژگی‌های مرتبط با آن از لحاظ عملی مطرح و کاربرد خاص‌شان برای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مذکر شرح داده شده و در همین راستا مشاوره فردی، مشاوره گروهی و راهبردهای فرزندپروری در ادامه ذکر شده است. علاوه بر این تکنیک‌های ویژه برای کمک به ورود همسران مردان مبتلا به ADHD به جریان درمان معرفی شده که به آنها در ایجاد رابطه مبتنی بر تشریح مساعی به بیمار یاری می‌رسانند، رابطه‌ای که به مرد مبتلا به ADHD کمک می‌کند تا توانایی‌اش را در رسیدگی به وظایف روزانه، نگهداری شغل، مدیریت خانه و پدر بودن بهبود بخشیده و اصلاح کند.

بخش ۴ به‌مرور آن دسته از مداخلات آموزشی می‌پردازد که به شکل ویژه مناسب وضعیت کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مذکر مبتلا به ADHD در محیط‌های تحصیلی هستند. این بخش دارای ارزش منحصربه‌فردی برای متخصصین سلامت روان (شامل مشاوران و روان‌شناسان مدارس) و سایر متخصصین سلامت روان است که در محیط‌های تحصیلی کار می‌کنند. در این بخش به بررسی روش‌های مدیریت رفتار در کلاس درس با تمرکز بر قوانین رفتاری پرداخته شده است. همچنین اصلاحات آموزشی به‌منظور کمک به داشتن عملکرد بهتر دانش‌آموزان و دانشجویان مذکر مبتلا به ADHD در کلاس درس مرور شدند که شامل تغییر نحوه چیدمان فیزیکی کلاس درس، استفاده از روش‌های آموزشی ویژه و استفاده از روش‌هایی برای بهبود عملکرد دانش‌آموز در حین انجام فعالیت‌های کلاسی و باقی ماندن بر روی تکلیف هستند.

اطلاعات ارائه شده در بخش ۵ این کتاب به متخصصین غیرپزشک نشان می‌دهد تا چگونه با

پزشکان در زمینه استفاده از داروها برای درمان کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مذکر مبتلا به ADHD همکاری کنند. در این بخش محرک‌های روانی و داروهای غیر محرک با توجه به نوع مصرف، اثربخشی تأییدشده، عوارض شایع و نظارت بر روی نحوه مصرف‌شان مورد بحث قرار گرفته‌اند. همچنین استفاده از راهبردهای جایگزین دارو برای کاهش نشانه‌های ADHD شامل اطلاعات در دسترس درباره اثربخشی مکمل‌های گیاهی و غذایی به شکل پژوهش محور و متوازن بیان شده است. از این طریق متخصصین آمادگی بهتری برای هدایت مردان مبتلا به ADHD (والدین یا همسران شان) به سوی درمان‌های اثربخش با برحذر داشتن از درمان‌های بی‌اثر و آسیب‌زای احتمالی، خواهند داشت.

کتاب حاضر راهنمایی کاربردی و پژوهشی و منبع باارزشی برای متخصصین سلامت روان آموزش به شمار می‌رود. این متخصصین روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران خدمات سلامت روان دولتی و خصوصی و همین‌طور متخصصین تربیتی یعنی مشاوران و روان‌شناسان شاغل در مدارس هستند. این کتاب همچنین با هدف کمک به دانشجویان و فارغ‌التحصیل رشته‌های روان‌شناسی، مشاوره و مددکاری طراحی شده است تا بدین وسیله باعث رشد مهارت‌های مورد نیاز آنها در هنگام کار با این گروه از بیماران و مراجعین شود. سرانجام آنکه این کتاب برای آن دسته از استادان راهنمایی که در راستای پرورش متخصصین سلامت روان فعالیت می‌کنند و به منبعی نیاز دارند تا به وسیله آن مهارت‌های مورد نیاز افراد تحت نظارت خود را در جریان کار با کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مذکر مبتلا به ADHD بهبود بخشند، سودمند است.



بخش اول

**سبب‌شناسی، سیر و  
همه‌گیرشناسی اختلال**





# فصل ۱

## نشانه‌های ADHD

در سال ۱۸۸۵ پزشکی آلمانی به نام هاینریک هافمن شرح حال بیمارانی را نوشت که در دوران طبابتش با آنها برخورد کرده بود و در این بین بچه‌های بی‌قرار (FidgetyPhil) برای او مورد جذابی به شمار می‌رفت (استوارت، ۱۹۷۰). این کودکان نمی‌توانستند برای بازه زمانی قابل توجهی آرام بمانند و در نتیجه کنترل آنها اغلب دشوار بوده و باعث سرافکنندگی افرادی می‌شد که با آنها در تماس بودند. از آن زمان تاکنون بیش‌فعالی یکی از متداول‌ترین و مشکل‌آفرین‌ترین نشانه‌های رفتاری در دوره کودکی محسوب می‌شود.

علاوه بر این از اوایل قرن بیستم پزشکان پی بردند که برخی از کودکان (به ویژه پسر بچه‌ها) دارای مشکلات قابل توجهی در حفظ توجه هستند. برای مثال استیل در سال ۱۹۰۲ وضعیت نزدیک به ۳۶ کودک را (با برتری نسبی ۳ به ۱ پسران به دختران) توصیف کرد که مشکلات خاصی در حفظ تمرکز داشته و نشانه‌های بیش‌فعالی شدیدی را از خود بروز می‌دادند. این قبیل کودکان علاوه بر مشکلات در تمرکز و بیش‌فعالی در اغلب مواقع با مشکلات دیگری چون پرخاشگری، نافرمانی و بیش‌فعالی هیجانی نیز دست به گریبان بودند. بدین ترتیب از صدسال گذشته این مسئله پذیرفته شده است که برخی از کودکان دارای مشکلات فزون‌کنشی و حفظ توجه هستند و این مشکلات را در قالب دشواری‌های هیجانی و رفتاری نشان می‌دهند و این دسته از مشکلات اغلب در پسر بچه‌ها مشاهده می‌شوند.

سندرمی که ما امروزه آن را به‌عنوان اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) می‌شناسیم، در گذشته دارای اسامی گوناگونی بوده است. استیل (۱۹۰۲) خاطر نشان کرد که کودکان مبتلا به این سندرم "نقص مهار اخلاقی" با اهمیتی را نشان می‌دهند. در دهه ۱۹۲۰ فرض بر آن بود که این نشانه‌ها در واقع اختلال رفتاری "ناشی از آنسفالیت" هستند (اباگ، ۱۹۲۳) زیرا فرض بر آن بود که احتمال بروز این مشکلات در کودکانی که پیش‌تر دچار التهاب مغزی شده‌اند بیشتر است. این برچسب سرانجام به عنوان "حداقل آسیب مغزی" تبدیل شد، زیرا آسیب مغزی بر اثر عوامل شناخته و ناشناخته، علت

---

۱. عبارت Fidgety Phil براساس یک داستان به بچه‌های بی‌قرار دارای اختلالات ADD اطلاق می‌شود.

این نشانه‌ها قلمداد می‌شدند. با مشخص شدن اینکه آسیب مغزی به‌طور حتم منجر به ایجاد این سندرم نمی‌شود نام آن به "حداقل کژکاری مغزی" و در نهایت به "اختلال تکانه هیپرکینتیک" تغییر کرد (لافر، دنهاف و سولومونز، ۱۹۵۷). به تدریج این اصطلاحات علمی تشخیصی برگرفته از سبب‌شناسی احتمالی این نشانه‌ها به سوی اصطلاحات توصیفی فاصله گرفتند و در نهایت در سومین متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III) انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA)، این اصطلاح به شکل رسمی به عنوان "اختلال نقص توجه" پذیرفته شد. سرانجام در نسخه چهارم DSM-IV، منتشره در سال ۱۹۹۴، انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA) اصطلاح جامع "اختلال نقص توجه- بیش‌فعالی" معرفی شد و در حال حاضر نیز اختلال فوق به همین نام شناخته می‌شود.

متخصصین برای تشخیص ADHD مطابق با الزامات DSM-IV دو بعد از نشانه‌ها یعنی بیش‌فعالی/ تکانشگری و بی‌توجهی را ارزیابی می‌کنند. براساس مشاهدات علائم فردی ADHD می‌تواند به شکل "بیش‌فعال-تکانشی"، "بی‌توجهی" و یا ترکیبی از این دو باشد. احتمال دارد که افرادی دارای نشانه‌های کافی از یک یا هر دو نوع طبقه‌بندی بالا را داشته باشند لیکن الزامات تشخیصی معیارهای این گروه‌ها را برآورده نسازند. در این صورت می‌توان این‌گونه افراد را در یک تقسیم‌بندی تحت عنوان مبتلایان به "ADHD مشخص نشده" جاگذاری نمود.

برای دریافت تشخیص ADHD بروز نشانه‌ها در فرد تا قبل از ۷ سالگی الزامی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، ص. ۹۲) با این وجود هیچ پیش فرضی در این نظام تشخیصی درباره امکان تداوم یافتن این نشانه‌ها تا سنین بزرگسالی وجود ندارد. همه‌گیرشناسی و سیر ADHD در فصل بعد با جزئیات بیشتر شرح داده خواهند شد، با این وجود لازم به ذکر است که این اختلال در تعداد قابل توجهی از پسر بچه‌های مبتلا به ADHD از بین نمی‌رود و نشانه‌های آن حتی بعد از تبدیل شدنشان به مردان بالغ قابل مشاهده است. بعدها این نشانه‌ها در جریان معمول سبک زندگی فرد بزرگسال یعنی در محیط کار، روابط شخصی، سازگاری اجتماعی و غیره آشکار می‌شوند. در نتیجه در حین بررسی نشانه‌های ADHD باید به این نکته توجه داشت که به‌طور معمول تظاهر این نشانه‌ها به دوران کودکی و نوجوانی ختم نشده و در مواردی تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند.

به‌طور معمول کودکان، نوجوانان و بزرگسالان مذکر مبتلا به ADHD، دامنه وسیعی از مشکلات را در موقعیت‌های متفاوت بروز می‌دهند. براساس نسخه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی DSM-IV این نشانه‌ها در ابعاد بیش‌فعالی/ تکانشگری و بی‌توجهی قرار می‌گیرند که از آنها تحت عنوان نشانه‌های "اولیه" یا "اصلی" یاد می‌شود، زیرا تصور بر آن است که به شکل مستقیم تحت تأثیر سبب‌شناسی اساسی این اختلال هستند. به‌رحال رابطه پسر بچه مبتلا به ADHD با والدین، برادر و خواهران، معلمان و هم‌کلاسی هایش به‌عنوان عضوی از خانواده، کلاس و گروه همسالان تحت تأثیر

منفی این نشانه‌های اصلی قرار دارد. به همین شکل مرد مبتلا به ADHD نیز به‌عنوان عضوی از گروه هم‌تایان، خانواده (که به‌طور معمول شامل همسر، فرزندان و ارتباط مستمر با خانواده پدری) و محل کار خود تحت تأثیر این نشانه‌های اصلی است. به‌طور معمول در این موقعیت‌ها نشانه‌های ثانویه در پس‌ریچه‌ها و مردان مبتلا به ADHD شکل می‌گیرند که در واقع ریشه در مشکلات اولیه دارند و موجب تشدید ناسازگاری رفتاری در آنها خواهند شد؛ بنابراین هرگونه بحث جامع در مورد نشانه‌های ADHD باید با در نظر گرفتن نشانه‌های اولیه و ثانویه در موقعیت‌های گوناگون و با توجه به نحوه بروزشان در گروه‌های سنی متفاوت انجام شود.

## نشانه‌های اصلی

مشکلات رفتاری پسران و مردان مبتلا به ADHD در دو بعد بیش‌فعالی / تکانشگری و حواس‌پرتی ظاهر می‌شوند. این مشکلات در قالب دو گروه مجزا فرض شده و دست‌کم تأیید اختلال در یکی از این دو بعد برای تشخیص الزامی است. با این وصف برخی از بیماران نشانه‌هایی دارند که قابل انتساب به هر دو گروه هستند و می‌توان آنها را در هر دو گروه جای داد. علاوه بر این، باید محیط‌های گوناگونی که نشانه‌ها در آنها بروز می‌کنند، مورد بررسی قرار گیرند، زیرا ممکن است نشانه‌های هر گروه در محیط و شرایط گوناگون به شکل متفاوتی ظاهر شوند. گروه‌های سنی مختلف نیز باید مورد توجه قرار گیرند، زیرا نحوه بروز نشانه‌ها در سنین مختلف تغییر پیدا می‌کند.

## بیش‌فعالی / تکانشگری

بسیاری از پسران و مردان مبتلا به ADHD تکانشگر هستند، این نشانه‌ها ممکن است در نگاه اول به چشم نیایند. افراد مبتلا به ADHD به‌طور معمول با کمترین دوراندیشی عمل می‌کنند و به رخدادهای محیطی بدون فکر کردن پاسخ می‌دهند. میل، تجربه‌ای همگانی است. همه ما بعضی اوقات میل و تکانه‌هایی را برای انجام دادن و یا گفتن چیزی در خود احساس می‌کنیم. هنگامی که توانایی ما برای مهار این تکانه‌ها بی‌نقص باشد، می‌توانیم میل خود را پردازش نموده و قبل از انجام دادن کاری یا گفتن هر حرفی نتیجه رفتارهای خود را ارزیابی کنیم؛ اما در فرد تکانشگر تبدیل تکانه به عمل با پردازش شناختی اندکی صورت می‌پذیرد. در نتیجه پس‌ریچه‌ها و مردان تکانشگر به‌طور معمول حرفی می‌زنند و یا کاری انجام می‌دهند که در بازنگری آن تصدیق می‌کنند که نباید گفته و یا انجام می‌شد. در واقع برای آنها مهار میل به انجام کار و یا گفتن چیزی کشمکش بزرگ به شمار می‌رود.

تعداد زیادی از پس‌ریچه‌های تکانشگر، بیش‌فعال نیز هستند. پس‌ریچه‌های بیش‌فعال به‌طور معمول خصوصیت یک نیروی محرکه قوی، بی‌قراری و نیاز مداوم به جنب‌وجوش را نشان می‌دهند.

بیش‌فعالی و تکانشگری رابطه‌ی نزدیکی با هم دارند. انسان‌ها همواره اشکال مختلفی از امیال را تجربه می‌کنند. برخی از این امیال تکانه‌ای برای گفتن حرفی و برخی دیگر تکانه‌ای برای انجام کار یا حرکتی است. پسرچه‌های دارای مشکل در فرونشانی میل به حرکت تحت عنوان بیش‌فعال توصیف می‌شوند؛ بنابراین بیش‌فعالی تجلی مشکلی بزرگ‌تر یعنی "دشواری کودک در مهار تکانه‌های خود" است.

اگرچه احتمال زیادی وجود دارد که پسرچه‌های تکانشگر بیش‌فعال نیز باشند، اما در مردان احتمال تداوم بروز رفتارهای بیش‌جنبشی پایین است. همان‌طور که در فصل بعد شرح داده خواهد شد، به‌طور معمول پسرانی که در دوران کودکی به شدت بیش‌فعال هستند، با رسیدن به اواسط نوجوانی مقداری از این خصوصیت رانش به‌وسیله نیروی محرکه قوی را از دست می‌دهند. به‌نحوی که نشانه‌های بیش‌فعال در بین بزرگسالان مذکور پدیده‌ای نادر است. با این وجود نشانه‌های بیش‌فعالی در تعداد کمی از مردان در سنین بزرگسالی باقی می‌ماند.

تکانشگری و بیش‌فعالی در محیط‌ها و گروه‌های سنی گوناگون به اشکال متفاوت ظاهر می‌شود. از این رو متخصصین باید عملکرد بیمار را در این محیط‌ها مورد بررسی قرار دهند تا بتوانند در مورد وجود بیش‌فعالی یا تکانشگری در جنبه‌های مختلف زندگی او نتیجه‌گیری کنند. این بررسی برای تشخیص بیماری ضروری است، چراکه بر طبق ملاک‌های DSM وجود نشانه‌های اختلال در حداقل دو موقعیت از زندگی بیمار الزامی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۲، ص ۹۲)

خانه: بعضی از نشانه‌های تکانشگری به نسبت واضح بوده و به‌آسانی تشخیص داده می‌شوند. برای مثال می‌توان آن را در پسرچه‌ی کوچکی دید که بدون توجه به عبور و مرور وسایل نقلیه به دنبال توپش به وسط خیابان می‌دود. اگرچه این رفتار در پسرچه‌های کوچک امری متعارف است، اما باگذشت زمان و رسیدن به سن مدرسه از آنها انتظار می‌رود تا با خویشتن‌داری تکانه‌ی دنبال کردن توپ را سرکوب کرده و قبل از ورود به خیابان ایستاده و از امن بودن آن مطمئن شوند. برای پسرچه‌های مبتلا به ADHD این عمل دشوار است و از آنجایی که آنها در ظاهر بدون فکر عمل می‌کنند ممکن است خود را در معرض خطر قرار دهند.

البته تکانشگری در رفتارهای روزمره‌ای نیز مشاهده می‌شود که تا این حد خطرناک نیستند. پسرچه‌های مبتلا به ADHD به سرعت واکنش نشان داده و اغلب بدون فکر عمل می‌کنند که در اغلب تصمیم‌گیری‌های شان برای مثال در عدم توانایی سرکوب میل به ادامه بازی درحالی که باید تکالیف مدرسه را شروع کنند و یا دشواری در پذیرش آنکه زمان تماشای تلویزیون به پایان رسیده و باید برای خواب آماده شوند، مشهود است. پسرچه‌های تکانشگر اغلب در پذیرفتن کارهایی که برای شان "سرگرم‌کننده" نیست مانند انجام کارهای روزمره منزل یا آماده شدن برای رفتن به مدرسه دچار مشکل هستند. در نتیجه این پسرچه‌ها بارها در طی روز با والدین خود مشاجره می‌کنند که این امر

خود منجر به برخی از عکس‌العمل‌های ثانویه می‌شود که در ادامه این فصل تشریح خواهند شد. پسر بچه‌های بیش‌فعال در امور مدیریتی دیگر نیز دچار مشکل هستند. آنها نمی‌توانند در هنگام صرف غذا آرام بنشینند، در بازی تمایل به فعالیت بدنی زیاد دارند و ممکن است بسیار شلوغ و پرسروصدا باشند و با خواهر و برادر خود در خانه به بازی‌های خشنی بپردازند که به‌طور معمول به تعارض ختم شود. به‌طور کلی این رفتارها اغلب والدین را خشمگین کرده و در نتیجه پسران مبتلا به ADHD پی‌درپی نصیحت، سرزنش و تنبیه می‌شوند.

با رسیدن این پسران به سن نوجوانی به‌طور معمول بیش‌فعالی کم‌رنگ شده، لیکن تکانشگری همچنان باقی می‌ماند. نوجوانان به‌طور عمده نشانه‌های بیش‌فعالی را در نحوه تصمیم‌گیری‌های‌شان بروز می‌دهند. نوجوانان تکانشگر به احتمال بیشتر، بدون کمترین دوراندیشی تصمیم‌گیری کرده و در قضاوت ضعیف دارند. عدم دوراندیشی و قضاوت ضعیف می‌تواند شامل زیر پا نهادن غیر عمدی قوانین خانه (مانند بیرون رفتن از منزل در زمان نامناسب برای ملاقات با دوستان خود برای مثال نزدیک به وقت خواب)، تغییر پی‌درپی نظر خود در مورد فعالیت‌ها و علایق‌شان، موافقت برای شرکت در یک مراسم و نرفتن به آن در لحظه آخر و یا انجام رفتارهای شیطنت‌آمیز ناگهانی و نظایر آن باشد. البته بروز این نشانه‌ها به‌طور حتم نشان‌دهنده وجود اختلال روان‌شناختی در فرد نیست. با این وجود مشکلات مرتبط با تکانشگری هنگامی آشکار می‌شوند که تصمیم‌ها و رفتارهای تکانشگرانه بارها تکرار شده و زندگی روزمره آن نوجوان را به شکل منفی و چشمگیری تحت تأثیر قرار دهند.

در مردان بالغ نیز نظیر نوجوانان با وجود تداوم تکانشگری به احتمال کمی نشانه‌های بیش‌فعالی بروز پیدا می‌کند. تکانشگر بودن نوجوانان تا اندازه‌ای مربوط به خصوصیت دوره نوجوانی آنها است که در آن به آزمون محدودیت‌ها و تجربه تصمیم‌گیری می‌پردازند، اما در مردان فرض بر آن است که این مرحله از رشد سپری شده و به‌طور معمول می‌توانند تصمیمات پخته‌تری بگیرند. بنابراین در مورد مرد بالغی که به شکل قابل توجهی رفتارهایش تکانشگرانه و قضاوتش ضعیف است، این امر می‌تواند نشان‌دهنده وجود مشکل بالینی بااهمیتی در او باشد. این مردان رفتارهایی را بروز می‌دهند که از افراد بالغ انتظار نمی‌رود. آنها در پس‌انداز کردن پول مشکل دارند و به دفعات در برآوردن تعهدات مالی اهمال می‌ورزند، زیرا برای مثال به شکل ناگهانی به مسافرت می‌روند، در مراسمی شرکت می‌کنند، دکوراسیون منزل را تغییر داده و کارهای مشابه را بدون داشتن آمادگی و اطلاعات کافی انجام می‌دهند. به‌طور کلی مدام علایق، حرفه و برنامه‌های‌شان عوض می‌شود. در اینجا دوباره به متخصصین گوشزد می‌شود که تنها بروز تعدادی از این نشانه‌ها دلیل بر آسیب روانی نیست. در حقیقت بزرگسالانی که کمابیش بی‌برنامه و فی‌البداهه عمل می‌کنند انسان‌های جالبی به نظر می‌رسند چون زندگی خود را تا حدی غیرقابل پیش‌بینی می‌سازند. با این وجود زمانی که به نظر رسد مردی بالغ به قدری بی‌مقدمه و

غیرقابل پیش‌بینی عمل می‌کند که در برآورده ساختن مسئولیت‌هایش به‌عنوان فرد بزرگسال در زندگی با مشکل روبرو است این امر می‌تواند نشان‌دهندهٔ تکانشگری معنادار بالینی در او باشد.

اگرچه بیش‌فعالی در نوجوانان و مردان کمتر مشاهده می‌شود، اما ممکن است برخی از آنها درجات بالایی از بیش‌جنبشی را بروز دهند، یعنی زمان‌هایی که سایر اعضای خانواده کمابیش آرام هستند برای مثال هنگام صرف غذا یا تماشای تلویزیون بی‌قرارند. به‌جای فزون‌کنشی در فعالیت‌های حرکتی درشت، این بی‌قراری ممکن است به شکل پیچ‌وتاب در دست و پا جلوه‌گر شود و به‌طور معمول با احساس ذهنی بی‌قراری و دشواری در آرام‌نشستن همراه باشد (مورفی و بارکلی، ۱۹۹۶a).

*محیط‌های بیرون از خانه:* پسرچه‌های بیش‌فعال/ تکانشگر به‌طور معمول در محیط‌های بیرون از خانه نیز دچار مشکل می‌شوند. برای مثال وقتی پسرچه‌های مبتلا به ADHD به همراه والدین خود به خرید می‌روند (برای مثال فروشگاه)، به‌آسانی با دیدن هر کالایی در طبقه‌ها تحت تأثیر قرار گرفته و اجناس مورد علاقهٔ خود را بدون توجه به اینکه آیا اجازه می‌دهند یا نه داخل سبد خرید می‌گذارند. وقتی پسرچه‌های مبتلا به ADHD چیزی را دیده و آن را بخواهند، از والدین خود انتظار خریدش را دارند و اگر مطابق میل‌شان رفتار نشود، قشقرق به پا می‌کنند. پسرچه‌های بیش‌فعال همچنین مشهورند به آنکه در مغازه‌ها به‌دوراز والدین خود سرگردان بوده یا می‌دوند، در نتیجه والدین و ادار به دنبال کردن‌شان می‌شوند که به جنگ قدرت برای تحت کنترل درآوردن آنها ختم می‌شود.

در رستوران، پسران مبتلا به ADHD مشکلات مشابهی را بروز می‌دهند. آنها در آرام‌نشستن مشکل دارند و به شکل تکانشگرانه تصمیم به سفارش غذاهایی از لیست غذا می‌گیرند که والدین‌شان موافق نیستند. بین میزها حرکت می‌کنند و والدین خود را وادار می‌کنند تا آنها را دنبال کنند و یا در هنگام صرف غذا با ایجاد سروصدا باعث شرمندگی‌شان می‌شوند.

برای پسرچه‌های مبتلا به ADHD به‌ویژه شرکت در مراسم مذهبی دشوار است. برای مثال در کلیسا (و مکان‌های عبادی مشابه) که انتظار می‌رود عبادت‌کنندگان آرام بنشینند، ساکت بوده و آداب و رسوم عبادی (مثل ایستادن در زمان مناسب، تکرار عباراتی خاص به همراه جمع و ...) را دنبال کنند، آنها نمی‌توانند برای مدت‌زمان طولانی آرام بنشینند، به‌خصوص اگر علاقه‌ای نیز به مراسم در حال اجرا نداشته باشند. در نتیجه با تک‌روی در مراسم مذهبی، صدای بلند و رفتارهای بی‌قرار دیگر سایرین را به ستوه می‌آورند و باز هم باعث خجالت والدین و ایجاد تعارضی دیگر خواهند شد.

همان‌طور که پیش از این اشاره شد احتمال بروز نشانه‌های بیش‌فعالی در نوجوانان و مردان مبتلا به ADHD کم است، درحالی‌که وجود تکانشگری همچنان در آنها مشهود است. برای مثال این افراد کنترل ضعیفی بر روی نحوهٔ خرج کردن خود دارند و به نظر می‌رسد که در زمان مواجهه با کالای

مورد علاقه‌شان نمی‌توانند بر وسوسه خریدن آن علیرغم ناتوانی در پرداخت بهایش غلبه کنند و یا اینکه به صورت ناگهانی نظر خود را در مورد برنامه‌ای که حتی از پیش با اجرایش موافقت کرده‌اند، تغییر می‌دهند درحالی‌که دیگران برای آن به‌زحمت افتاده و وقت زیادی صرف کرده‌اند. آنها ممکن است بر سررفتن به مکانی خاص و برگشتن در زمان مشخص با والدین یا همسرشان توافق کنند اما بعد بدون مطلع کردن آنها تصمیم خود را در مورد مقصد و زمان برگشت عوض کرده و به شدت آنها را عصبانی کنند، همان‌طور که پیش‌ازاین گفته شد از نظر دیگران رفتار آنها ناپخته و غیرقابل‌پیش‌بینی است.

در برخی از نوجوانان و مردان ممکن است بی‌قراری حرکتی سنین پایین‌تر از بین نرفته و همچنان برای شرکت در موقعیت‌های مستلزم حفظ سکوت و آرامش (مانند مراسم مذهبی، تئاتر و ...) مشکل داشته باشند. علاوه بر این اغلب نوجوانان و مردان دارای نشانه‌های تکانشگری و بیش‌فعالی به فعالیت‌های نیازمند انرژی و تحرک بالا مثل ورزش‌های پرخطر علاقه‌مند هستند. درواقع در میان پسران و مردان مبتلا به ADHD تمایل به فعالیت‌های فیزیکی خطرناک و مخاطره‌آمیز به‌عنوان امری متداول گزارش می‌شود (درکسلر، ریزو و اشتینهاوسن، ۲۰۰۷). همچنین ممکن است رفتارهای مخاطره‌جویانه آنها در رفتارهای روزمره‌شان تجلی پیدا کند. برای مثال احتمال داشتن سوابق رانندگی ضعیف و بد در مردان مبتلا به ADHD بیشتر است و آنها نسبت به تصادف وسایل نقلیه موتوری مستعدترند (بارکلی، ۲۰۰۶).

*مدرسه و محل کار:* پسرچه‌های بیش‌فعال و تکانشگر به سختی می‌توانند در هنگام تدریس معلم آرام بر جای خود باقی بمانند و گرایش به ایجاد اختلال در فعالیت‌های کلاس درس دارند. گاهی اوقات ممکن است میز خود را ترک کرده و حواس سایر دانش‌آموزانی را هم پرت کنند که به تدریس معلم توجه می‌کنند. پسرچه‌های کوچک‌تر در مهدکودک و یا سال‌های اول و دوم دبستان ممکن است بدون اجازه گرفتن حرف بزنند. با طرح سؤال توسط معلم، پسرچه‌های مبتلا به ADHD که جواب آن را می‌دانند میل شدیدی به گفتن پاسخ احساس می‌کنند و به دلیل ضعف در مهارت‌تکانه‌های شان، فرونشانی این میل برای آنها دشوار است؛ بنابراین درحالی‌که سایر دانش‌آموزان دست خود را به معنای دانستن جواب سؤال بالا می‌برند تا برای پاسخ دادن اجازه بگیرند، پسران مبتلا به ADHD به‌محض شنیدن سؤال پاسخ را با صدای بلند خواهند گفت. معلمین به‌طور معمول چنین رفتاری را نپسندیده و آنها را سرزنش می‌کنند.

پسرچه‌های بیش‌فعال / تکانشگر به‌ویژه در بروز مشکل در محیط‌های کم‌نظم‌تر شهرت دارند. برای مثال در زمان صرف نهار، در زمین‌بازی، کلاس‌های ورزش، موسیقی و یا هنر به‌سادگی و به‌شدت توسط فعالیت‌ها، صداها و حرکات اطراف خود تحریک‌شده که این امر منجر به کاهش

توانایی به‌کارگیری خویشتن‌داری در آنها می‌شود.

ممکن است نوجوانان و مردان مبتلا به ADHD بی‌قرار و تکانشگر باقی بمانند. در نتیجه، قابلیت شان در کسب موفقیت در دبیرستان و دانشگاه به شکل چشمگیری به خطر می‌افتد. آنها ممکن است احساس بی‌قراری کرده و برای نشستن در جریان ارائه درس و کنفرانس‌های کلاسی مشکل داشته باشند. هنگام تکمیل تکالیف درمی‌یابند که نشستن طولانی‌مدت در جایی به‌منظور انجام میزان قابل توجهی از کار مفید برای‌شان دشوار است. ممکن است پی‌درپی نظر خود را در مورد رشته‌ی تحصیلی که می‌خواهند ادامه دهند و یا کلاس‌هایی که قصد دارند بگذرانند عوض کنند و یا به علت انجام ندادن تکالیف خود به دفعات درسی را حذف کرده یا نمرهٔ قبولی نیاورند. به‌طور کلی به احتمال زیاد پسران مبتلا به ADHD دبیرستان را قبل از فارغ‌التحصیلی ترک کرده (هنشاو، ۲۰۰۲) و به احتمال کمی تحصیلات دانشگاهی خود را به پایان می‌رسانند (جانستن، ۲۰۰۲).

مردان تکانشگر در محیط کار نیز در معرض خطر مشکلات مرتبط با ایمنی قرار دارند. ممکن است در زمان انجام دادن کارهای مستلزم احتیاط‌های ایمنی به‌صورت تکانشی گامی را حذف کنند و یا یک کار روزمره را به روشی متفاوت انجام دهند، بنابراین توانایی‌شان برای انجام دادن کارها به‌صورت ایمن در معرض خطر قرار می‌گیرد. در واقع مردان مبتلا به ADHD افرادی مستعد حادثه توصیف می‌شوند، آنها به‌احتمال بیشتری دچار سوانح کاری شده و در معرض خطر بالاتر جراحات مرتبط به کار قرار دارند (بارکلی، ۲۰۰۶).

*روابط همسالان:* پسران مبتلا به ADHD به‌طور معمول در تعامل با همسالان خود دچار مشکل هستند. کودکان تکانشگر در سهمیم کردن دیگران در اسباب‌بازی‌های شان مشکل دارند. پسر بچه‌های مبتلا به ADHD اغلب نمی‌توانند تکانهٔ خود را برای مالکیت و تسلط کامل بر روی اسباب‌بازی‌های شان سرکوب کنند و بازی کردن سایر کودکان با آنها را دست‌درازی به دارایی خود تعبیر می‌کنند و به احتمال بیشتری واکنش افراطی نشان می‌دهند که در نتیجهٔ این امر در نگاه همسالان شان افرادی ارباب منش و سلطه‌جو دیده می‌شوند.

در جریان بازی، این پسر بچه‌ها علاقه دارند تا فرمانده باشند و در پذیرش آنکه قوانین بازی باید بر مبنای توافق عمومی اجرا شود، با مشکل روبرو هستند. برای مثال اگر کودک دیگری قانونی را پیشنهاد دهد که آنها موافقش نباشند نمی‌توانند تکانه مخالفت خود را سرکوب کرده و جروبحث می‌کنند و در صورت پایان نیافتن نزاع به‌دلخواه شان، به احتمال زیاد پسر مبتلا به ADHD بازی را رها کرده و به خانه بازمی‌گردد. همسالان به‌طور معمول از تعامل با کودکی با چنین رفتارهایی اجتناب می‌ورزند.

پسر بچه‌های مبتلا به ADHD در پیوستن به فعالیت‌های اجتماعی نیز مشکل دارند. برای مثال ممکن