

مجموعه درمان‌های اثربخش

**غلبه بر اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی بزرگسالی**

برنامه شناختی- رفتاری (راهنمای درمانگر)

ویراست دوم

مجموعه درمان‌های اثربخش ..... ۷

اطلاعات مقدماتی برای درمانگرها ..... ۱۱

**واحدپردازه ۱: آموزش روانی، سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی**

جلسه ۱: آموزش روانی و مقدمه سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی ..... ۳۱

جلسه ۲: جلسه اطلاع‌رسانی با زوج یا اعضای خانواده (در صورت امکان) ..... ۴۵

جلسه ۳: سازمان‌دهی تکالیف متعدد ..... ۵۳

جلسه ۴: حل مسئله و مدیریت تکالیف طاقت‌فرسا ..... ۶۱

جلسه ۵: سیستم‌های سازمان‌دهی ..... ۷۱

**واحدپردازه ۲: کاهش حواس‌پرتی**

جلسه ۶: اندازه‌گیری فراخنای توجه مراجع و یاد دادن تأخیر در حواس‌پرتی ..... ۸۳

جلسه ۷: تغییر محیط ..... ۹۱

**واحدپردازه ۳: تفکر انطباقی**

جلسه ۸: معرفی یک مدل شناختی از ADHD ..... ۱۰۱

جلسه ۹: تفکر انطباقی ..... ۱۲۱

جلسه ۱۰: تمرین و بازبینی مهارت‌های تفکر انطباقی ..... ۱۳۹

**واحدپردازه ۴: مهارت‌های بیشتر**

جلسه ۱۱: اعمال مهارت‌ها برای حل مشکل اهمال‌کاری (اختیاری) ..... ۱۴۹

جلسه ۱۲: مدیریت لغزش‌ها ..... ۱۶۱

**ضمیمه**

فرم‌ها و کاربرگ‌ها ..... ۱۶۹

جزوه A: دستورالعمل‌های ابتدایی برای تفکر انطباقی ..... ۱۷۷

جزوه B: دستورالعمل‌هایی برای کامل کردن برگه ثبت افکار ..... ۱۷۹

منابع ..... ۱۸۵

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ..... ۱۸۹

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ..... ۱۹۱

در سال‌های اخیر، پیشرفت‌های حیرت‌انگیزی در حوزه مراقبت‌های بهداشتی حاصل شده است. از سوی دیگر، تحقیقات نشان می‌دهد که بسیاری از راه‌کارها و روش‌های درمانی پذیرفته شده در حوزه سلامت روان و طب رفتاری، نه تنها فایده‌ای ندارند، که شاید حتی مضر هم باشند (بارلو، ۲۰۱۰). با شواهدی که به دست آمده، مشخص شده که برخی راه‌کارهای جدید مؤثر هستند، و به این دلیل بسیار توصیه شده که این روش‌ها بیش از پیش در اختیار عموم قرار بگیرند (مک‌هیو و بارلو، ۲۰۱۰). این انقلاب مرهون چندین پیشرفت در حوزه پژوهش است. اول این که ما درک بسیار عمیق‌تری از آسیب‌شناسی، هم روانی و هم فیزیکی، پیدا کرده‌ایم، و این درک ما منجر به ایجاد روش‌های درمانی جدید، و با اهداف دقیق‌تر شده است. در مرتبه دوم، روش‌شناسی‌های پژوهش به شدت پیشرفت کرده‌اند، به نحوی که خطرات کمتری اعتبار درونی و بیرونی تحقیق‌ها را تهدید می‌کنند. سوم این که دولت‌های سراسر دنیا و نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی آنها به این نتیجه رسیده‌اند که کیفیت مراقبت از سلامت باید بهتر شود، مبتنی بر شواهد باشد، و به سود عامه مردم است که این اتفاق بیفتد (بارلو، ۲۰۰۴؛ موسسه پزشکی، ۲۰۰۱؛ مک‌هیو و بارلو، ۲۰۱۰).

البته، مشکل اصلی بالینگران در سراسر دنیا، دسترسی نداشتن به درمان‌های جدید و شواهدمحور روانشناسی است. کارگاه‌ها و کتاب‌ها تنها می‌توانند بالینگران مسئول و وظیفه‌شناس را با جدیدترین روال‌های مراقبت‌های بهداشتی و امکان اعمال آنها روی بیماران آشنا کنند. این مجموعه کتاب، به نام مجموعه درمان‌های اثربخش، مخصوص این است که این درمان‌های جدید و جذاب به درمانگرانی که در خط مقدم پزشکی قرار دارند معرفی شود.

دفترچه‌های راهنما و کتاب‌های کاری که در این مجموعه چاپ می‌شوند شامل کاربست گام به گام برای ارزیابی و درمان مشکلات خاص هستند. این مجموعه همچنین فراتر از کتاب‌ها و دفترچه‌های راهنما است و مواد کمکی لازم را هم فراهم می‌کند که فرآیند نظارت را شبیه‌سازی می‌کنند و به بالینگران در پیاده‌سازی این کاربست‌ها کمک می‌کنند.

در این سیستم جدید مراقبت‌های بهداشتی، همه بر این باورند که کاربست‌های

شواهدمحور باعث می‌شوند که افراد شاغل در حوزه سلامت روان، مسئولانه‌ترین اقدام‌های ممکن را انجام دهند. همهٔ بالینگران رفتارگرا با تمام وجود دوست دارند که بهترین مراقبت را از بیماران‌شان داشته باشند. در این مجموعه، هدف ما این است که فاصلهٔ کشف و انتشار اطلاعات تا جای ممکن کم شود و بتوان بهترین مراقبت را از بیماران انجام داد.

این کتاب راهنمای درمان‌گران، به همراه کتاب کار همراه آن که مخصوص مراجعان است، به درمان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالی (ADHD بزرگسالان) می‌پردازد. ADHD در بزرگسالان هم شایع است اما کمتر از حدی که باید، تشخیص داده می‌شود و درمان می‌شود. ویژگی‌های مشخصهٔ آن بیش‌فعالی، تکانش‌گری، و مشکل در تمرکز توجه است، و در بزرگسالان نیز می‌تواند به اندازهٔ کودکان آسیب‌زننده باشد. کتاب مجموعه درمان‌های اثربخش اولین درمان شواهدمحور را برای ADHD بزرگسالان ارائه کرده است که مبتنی بر تحقیق گروهی پیشرو از پژوهشگران است. این تیم پس از سال‌ها پژوهش و با حمایت موسسهٔ ملی سلامت روان، درمانی را ساخته‌اند که در چارچوبی مبتنی بر همکاری با بیمار، به‌صورت مستقیم به علائم ADHD می‌پردازد.

این برنامه در چاپ دوم این کتاب، بر پایهٔ تجربه‌های تیم تحقیقاتی و جدیدترین راه‌کارهای درمان شناختی- رفتاری (CBT) به‌روزرسانی شده است. این درمان شامل استفاده از فناوری (مانند گوشی‌های هوشمند)، و راه‌کارهایی می‌شود که مراجعان می‌توانند به میل خود انتخاب کنند. این راه‌کارها به سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی کمک می‌کنند. جلساتی که با همسر مراجعی که دچار ADHD بزرگسالان است برگزار می‌شود، حالا تمرکز بیشتری روی آموزش دربارهٔ ADHD دارد، و این کار می‌تواند اختلافات در روابط را کاهش دهد. بالینی‌گرانی که این اختلال بسیار رایج را درمان می‌کنند، به دنبال این خواهند بود که این نوع درمان را هم به عنوان مکملی برای داروها، و هم برای مواردی که داروها به‌نسبت بی‌اثر هستند انتخاب کنند و در گنجینهٔ خود داشته باشند.

**دیوید ه. بارلو، سردبیر،**

مجموعه درمان‌های اثربخش

بوستون، ماساچوست

- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869–878.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65(2), 13–20.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- McHugh, R. K. & Barlow, D. H. (2010). Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions: A review of current efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73–84

## دسترسی به فرم‌ها و کاربرگ‌های آنلاین مجموعه درمان‌های اثربخش

---

تمام فرم‌ها و کاربرگ‌های کتاب‌های سری TTW (مجموعه درمان‌های اثربخش) اندکی پس از انتشار آن کتاب‌ها در اینترنت گذاشته می‌شوند. شما می‌توانید این فایل‌ها را دانلود، چاپ، ذخیره و پر کنید. برای دسترسی به فرم‌ها و کاربرگ‌ها، به سایت زیر مراجعه کنید: <http://www.oup.com/us/ttw>

این کتاب راهنمای درمانگرها است و مکملی است بر ویراست دوم کتاب کار غلبه بر اختلال بیش‌فعالی بزرگسالی، که نسخهٔ مراجعان است. درمان‌ها و راهنماها مخصوص درمانگرانی است که با درمان شناختی- رفتاری (CBT) آشنا هستند. دلیل این که هم راهنمای درمانگرها چاپ می‌شود و هم کتاب کار مراجعان، این است که به مراجعانی که اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالی (ADHD) دارند اطلاعات کافی به دو حالت متفاوت داده شود - یکی به صورت شفاهی از زبان درمانگر، و دیگری به فرم کتاب کار مراجع. ما دریافته‌ایم که ارائهٔ اطلاعات به حالت‌های متفاوت می‌تواند برای بزرگسالانی که درگیر ADHD هستند و فراخنای توجه کوتاهی دارند مفید باشد. از این رو، پیشنهاد می‌کنیم که همهٔ مطالبی که در کتاب کار مراجع ارائه شده است در جلسات درمانی هم به او ارائه شود، و پیشنهاد می‌کنیم که مراجعان کتاب کار خود را هم بخوند تا بتوانند برای پاسخ به پرسش‌هایی که برایشان پیش می‌آید به آن مراجعه کنند. همان‌طور که می‌بینید، فصل‌ها و شمارهٔ صفحات در کتاب راهنمای درمانگرها و کتاب کار مراجعان همیشه متناظر با یکدیگر نیست، چون در راهنمای درمانگرها اطلاعات بیشتری ارائه شده است. در هر حال، در ابتدای هر جلسه در کتاب راهنمای درمانگرها یادداشتی هست که نشان می‌دهد که کدام فصل در کتاب کار مراجعان، منطبق با آن فصل در کتاب راهنمای درمانگرها است.

هر کدام از جلسات درمانی ادامهٔ جلسات قبلی است. هر جلسه با بازبینی مهارت‌هایی که در جلسات پیشین یاد گرفته شده است آغاز می‌شود. نکتهٔ کلیدی درمان «تکرار» است. با تکرار، بزرگسالان دچار ADHD مهارت‌های جدیدی یاد می‌گیرند که در نهایت به عادت آن‌ها تبدیل می‌شود. در صورت لزوم، پیشنهاد می‌کنیم که ابتدا زمان بیشتری روی مهارت‌هایی بگذارید که مراجع هنوز آنها را کاملاً فراموش کرده است، و بعد به سراغ مهارت‌های جدید بروید. اولین واحدپروژهٔ مهارت‌ها دربارهٔ سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی است. این واحدپروژه پایهٔ تمامی واحدپروژه‌های بعدی است، و به این ترتیب پیشنهاد می‌دهیم که تا جای ممکن روی آن وقت بگذارید تا مراجعان

مهارت‌های آن را فرابگیرند تا احتمال این که درمان‌شان موفقیت‌آمیز باشد به حداکثر برسد. ما بر این باوریم که همهٔ این واحد‌پدازه‌ها مهم هستند و ترتیب جلساتی که در این کتاب ارائه شده مناسب است. در هر حال، اگر با مراجعی کار می‌کنید که به نظر می‌رسد بهتر است مهارت‌ها به ترتیب متفاوتی به او آموزش داده شوند (برای مثال، مراجع تنها دچار مشکلاتی در برخی حوزه‌ها است، یا این که مشکل دیگری هم دارد که با ADHD تداخل جدی دارد)، می‌توانید روش را به ترتیبی دیگر تنظیم کنید تا درمان به شکلی موفقیت‌آمیز انجام شود.

## اطلاعات پیش‌زمینه و اهداف این برنامه

### اطلاعات دربارهٔ اعتبار ADHD به عنوان تشخیص بیماری در بزرگسالان

ADHD در کودکان و بزرگسالان اختلالی عصب‌زیست‌شناختی است که معتبر است و به صورت قابل اعتمادی قابل تشخیص است. این بیماری در بزرگسالان هم به شکلی صحیح تشخیص داده می‌شود؛ فرآیند تشخیص این بیماری، مطابق با معیارهای قابل قبول اعتبارسنجی تشخیص بیماری‌ها است؛ و نقص کارکردی که به دلیل ADHD بزرگسالان پدید می‌آید شامل ایجاد مشکلات در زمینهٔ کار، آموزش، و کارکرد اقتصادی و اجتماعی می‌شود (به این منابع مراجعه کنید: آگاروال، گولدنبرگ، پری و ایشاک، ۲۰۱۲؛ بارکلی، مرفی، و فیشر، ۲۰۰۸؛ بیدرمن، فارائونه، اسپنسر، و همکاران، ۱۹۹۳؛ بیدرمن، ویلنز، اسپنسر، و همکاران، ۱۹۹۶؛ اسپنسر، بیدرمن، ویلنز، و فارائونه، ۱۹۹۸). مطالعات درمان‌های روان‌داروشناسی (ویلنز، بیدرمن، و اسپنسر، ۱۹۹۸)، مطالعات ژنتیک، شامل مطالعات فرزندخواندگی (کانتول، ۱۹۷۲؛ موریسون و استوارت، ۱۹۷۳؛ اسپریچ، بیدرمن، کراوفورد، موندی، و فارائونه، ۲۰۰۰) و مطالعات خانوادگی (بیدرمن، فارائونه، کینان، استاینگارد، و تسوانگ، ۱۹۹۱؛ بیدرمن، فارائونه، کینان، و همکاران، ۱۹۹۲؛ بیدرمن، منیر، نی، و همکاران، ۱۹۸۶؛ بیدرمن، منیر، نی، و همکاران، ۱۹۸۷؛ فارائونه، بیدرمن، کینان، و تسوانگ، ۱۹۹۱؛ گودمن، ۱۹۸۹؛ گودمن و استیونسون، ۱۹۸۹؛ لاهی، پیاجتینی، مک‌برنت، و همکاران، ۱۹۸۸؛ موریسون، ۱۹۸۰؛ سافر، ۱۹۷۳؛ استیونسون، پنینگتون، گیلگر، ده‌فرایز، و گیلیس، ۱۹۹۳؛ ساتماری، بویل، و آفورد، ۱۹۹۳)، به همراه تحقیقات تصویربرداری عصبی و نوروشیمی (یعنی اسپنسر، بیدرمن، ویلنز، و فارائونه، ۲۰۰۲؛ زامتکین و لیوتا، ۱۹۹۸) و تحقیقات ژنتیک مولکولی (آدلر و چوا، ۲۰۰۲) همه از این نظریه که ADHD معیارهای اعتبارسنجی تشخیص



بیماری را برقرار می‌سازد پشتیبانی می‌کنند (یعنی، اسپتیزر و ویلیامز، ۱۹۸۵).

تخمین‌ها حاکی از آن است که ADHD در بزرگسالان از ۱ تا ۵ درصد شیوع دارد (بلاک و بلک، ۱۹۹۲؛ بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۶؛ کسلر، ۲۰۰۶؛ مرفی و بارکلی، ۱۹۹۶ ب). به‌طور کلی، علائم ADHD در بزرگسالان مشابه علائم آن در کودکان است، و هرچند ادبیات موجود دربارهٔ این بیماری در زنان و دختران کم است، به نظر می‌رسد که علائم این بیماری در هر دو جنسیت مشابه باشد (بارکلی، ۱۹۹۸؛ بیدرمن، فاراتونه، اسپنسر، ویلتز، میک، و لیبی، ۱۹۹۴؛ بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۶). علائم اصلی در این بیماری در بزرگسالان شامل موارد زیر می‌شود:

- نقص در توجه
- نقص در بازداری
- نقص در خودتنظیمی

این علائم اصلی منجر به نقص‌هایی در فعالیت‌های عمدهٔ زندگی، مانند فعالیت‌های آموزشی و حرفه‌ای می‌شوند (مانند مشکل در سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی، سر رفتن حوصله به‌راحتی، نداشتن توجه پایدار به هنگام خواندن و کارهای اداری، اهمال‌کاری، مدیریت ضعیف زمان، تصمیم‌گیری تکانشی)، و همچنین نقص در مهارت‌های بین فردی (مشکلات با دوستان، انجام ندادن تعهدات تا پایان کار، نقص در گوش دادن حرف دیگران، مشکل در روابط صمیمی)، و دیگر مشکلات رفتاری انطباقی (تحصیلات کمتر نسبت به توانایی، مدیریت مالی ضعیف، مشکل در سازمان‌دهی خانه، برنامه‌کاري آشفته، ترک کارها و روابط حتی زمانی که اوضاع دارد عالی پیش می‌رود). افزون بر این، تحقیقات نشان می‌دهند بزرگسالانی که ADHD دارند بیشتر در خطر سوء مصرف مواد مخدر قرار دارند و درگیر کارهای پرمخاطره می‌شوند، مانند رانندگی پرمخاطره و رفتارهای جنسی پرخاطر (برای بررسی مروری به بارکلی، مرفی، و فیشسر، ۲۰۰۸ رجوع کنید). تحقیق اولیهٔ ما جزئیات بیشتری دربارهٔ علائم باقیمانده‌ای ADHD در بیماران بزرگسالی دارد که تحت درمان دارویی هستند.

## معیارهای تشخیصی ADHD

به‌صورت کلی، تشخیص ADHD را یک متخصص سلامت روان با استفاده از تعریف‌های تعیین‌شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نسخهٔ ۵

(DSM-5؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا [APA]، ۲۰۱۳) انجام می‌دهد. در DSM-5 علائم و دیگر شرایط لازم برای این که یک فرد مبتلا به اختلالات روانی مختلف تشخیص داده شود آورده شده است.

برای این که معیارهای تشخیص ADHD بزرگسالان در یک فرد برآورده شود، او باید دست کم ۵ علامت از ۹ علامت احتمالی نقش توجه و/یا ۵ علامت از ۹ علامت احتمالی بیش‌فعالی/تکانش‌گری را داشته باشد. اگر یک فرد ۵ علامت یا تعداد بیشتری علائم در حوزه نقص توجه را داشته باشد، می‌گوییم که او ADHD با علائم غالب نقص توجه دارد. اگر او ۵ علامت یا تعداد بیشتری علائم در حوزه بیش‌فعالی/تکانش‌گری را داشته باشد، می‌گوییم که ADHD با علائم غالب بیش‌فعالی/تکانش‌گری دارد. اگر او ۵ علامت یا تعداد بیشتری علائم در هر دو حوزه را داشته باشد، می‌گوییم که او ADHD ترکیبی دارد.

علائم نقص توجه شامل این موارد می‌شود: نداشتن دقت در جزئیات، سختی در حفظ توجه در حین انجام کارها، به ظاهر گوش نکردن به دیگران در زمانی که با فرد به صورت مستقیم صحبت می‌شود، ناتوانی در انجام دقیق دستورالعمل‌ها، مشکلات در زمینه سازمان‌دهی، اجتناب از کارهایی که نیاز به تلاش ذهنی پایدار دارند، گم کردن مداوم اشیاء، حواس‌پرتی به آسانی، و فراموش‌کاری.

علائم بیش‌فعالی/تکانش‌گری شامل این موارد می‌شود: تکان خوردن مداوم، به طور مرتب صندلی خود را ترک کردن، احساس بی‌قراری، ناتوانی در انجام فعالیت‌های بی‌صدا، بسیار پرمشغله بودن، صحبت کردن بی‌امان، حاضرجوابی، دشواری در ایستادن در صف، و مرتباً قطع کردن حرف دیگران.

به علاوه، فرد باید دست کم برخی از این علائم را پیش از ۱۲ سالگی داشته باشد، چنین شرایطی در دست کم دو محیط متفاوت برای او پیش بیاید، علائم باید به روشنی مانع کارکرد صحیح فرد شوند، و باید مشخص شود که این علائم متعلق به یک اختلال روانی دیگر نیستند.

### تفاوت بین تشخیص ADHD و کارکرد طبیعی فرد

برخی از علائمی که در بالا ذکر شد برای همه افراد در برخی شرایط صادق است. برای مثال، اغلب افراد ممکن است بگویند که گاهی به راحتی حواس‌شان پرت می‌شود، یا گاهی در سازمان‌دهی مشکل دارند. چنین مشکلی در بسیاری از اختلالات روانی هم

وجود دارد. برای مثال، همه گاهی ناراحت می‌شوند، اما هر کسی دچار افسردگی بالینی نمی‌شود. برای این که گفته شود فرد ADHD دارد، او باید مشکلات قابل توجهی در برخی جنبه‌های زندگی مانند کار، مدرسه، یا روابط داشته باشد. DSM-5 توجه زیادی به نقص عملکردی بزرگسالان، از جمله نقص عملکردی در محیط کار، کرده است.

همچنین، برای این که تشخیص درست داده شود، پریشانی و نقص باید به دلیل ADHD باشد، نه اختلالات دیگر. مهم است که بررسی جامعی انجام شود تا به صورت قطعی مشخص شود که علائم نشان‌دهنده یک اختلال روانی دیگر نیست.

همچنین مهم است گفته شود که تحقیقات درباره ADHD در بزرگسالان هم‌چنان به نسبت اندک است. شواهد اخیر نشان می‌دهد که برخی بزرگسالان به نقص‌های مرتبط با ADHD دچارند، اما مشکلات ثبت‌شده‌ای در حوزه توجه در کودکی نداشته‌اند (مافیت، هوتس، اشرسون، و همکاران، ۲۰۱۵). در یک بررسی طولی از بیش از ۱۰۰۰ نفر مشخص شده است که ۶ درصد از افراد در کودکی ADHD داشته‌اند (که اکثر آنها مرد بوده‌اند) و ۳ درصد بزرگسالان علائم اختلال‌آفرین ADHD دارند (که تعداد مردان و زنان در آنها برابر است)، اما این دو گروه تقریباً هیچ هم‌پوشانی‌ای ندارند. همان‌طور که اکثر مقالات در این زمینه گزارش کرده‌اند، افرادی که در کودکی ADHD داشته‌اند بسیاری از علائم ADHD را در بزرگسالی از دست می‌دهند، هرچند که برخی از اختلالات آنها تا دهه چهارم زندگی‌شان ادامه می‌یابد. برعکس، بزرگسالانی که ADHD دارند دچار اختلالات جدی‌ای هستند که از کودکی همراهشان نبوده است، اما این اختلالات از کودکی همراهشان نبوده است. نویسندگان این مقاله می‌گویند که در صورتی که تحقیقات دیگر هم نتیجه تحقیق آنها را تأیید کنند، باید در این زمینه که برخی علائم ADHD باید پیش از ۱۲ سالگی هم وجود داشته باشد تجدید نظر شود. تفسیر دیگر این است که حمایت خانواده ممکن است باعث شود علائم ADHD در کودکی پنهان بماند، اما زمانی که فرد بزرگسال مسئولیت‌های بسیار بیشتری را به عهده می‌گیرد، علائم شروع به پدیدار شدن می‌کنند. صرف نظر از این که این مسائل به مرور زمان چگونه حل می‌شود، باید گفت که اختلال ADHD در بزرگسالی مسئله‌ای است که نیاز آشکاری به درمان مؤثر دارد.

## درمان ADHD با دارو

بیشترین تحقیقات در زمینه ADHD بزرگسالان درباره داروها بوده است (برای بررسی آنها می‌توانید به مقاله فارائونه و گلات، ۲۰۱۰ مراجعه کنید). داروها در درمان ADHD بزرگسالان بسیار مفید هستند، اما به نظر می‌رسد که تأثیرشان کامل نیست. در تحقیقات کنترل‌شده بر روی داروهای محرک، و تحقیقات باز روی داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای، بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز، و داروهای ضدافسردگی آتیپیک، ۲۰ تا ۵۰ درصد بزرگسالان پاسخ مثبتی به دارودرمانی نمی‌دهند زیرا کاهش علائم آنها اندک است یا این که نمی‌توانند این داروها را تحمل کنند (وندلر، ۱۹۹۸؛ ویلنز، اسپنسر، و بیدرمن، ۲۰۰۲). افزون بر این، بزرگسالانی که پاسخ مثبت می‌دهند به‌طور معمول با کاهش در تنها ۵۰ درصد علائم اصلی ADHD (یا کمتر) مواجه هستند، و این نرخ پاسخ کمتر از نرخ پاسخ به دارو در کودکان است (ویلنز، بیدرمن، و اسپنسر، ۱۹۹۸؛ ویلنز، موریسون، و پرینس، ۲۰۱۱؛ ویلنز، اسپنسر، و بیدرمن، ۲۰۰۲). به بیان دیگر، اغلب بسیاری از علائم در بزرگسالان مبتلا به ADHD باقی می‌مانند، و این در حالی است که آنها به شکل مناسبی درمان دارویی دریافت کرده‌اند.

هرچند که روان‌داروشناسی ممکن است باعث بهتر شدن بسیاری از علائم اصلی ADHD شود (مانند مشکلات توجه، فعالیت بالا، تکانش‌گری)، اما راه‌کارها و مهارت‌های قدرتمندی برای بهبود نقص کارکرد مرتبط با ADHD در اختیار مراجع قرار نمی‌دهد. اختلالاتی که روی کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند، مانند این که دستاوردهای فرد کمتر از توان او باشد، فرد بیکار باشد یا در شغلی پایین‌تر از توانایی خود مشغول باشد، مشکلات اقتصادی، و مشکلات رابطه‌ای که به دلیل ADHD در بزرگسالان هستند (آگاروال و همکاران، ۲۰۱۲؛ بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۳؛ مرفی و بارکلی، ۱۹۹۶؛ ریتی، گرینبرگ، بمپوراد، و لیندم، ۱۹۹۲؛ سافرن و همکاران، ۲۰۱۰) نیاز به حل‌فعلانه مسئله دارند. چنین کاری با آموزش مهارت‌ها در کنار مدیریت با دارودرمانی به دست می‌آید. پیشنهاد درمان بهینه برای ADHD بزرگسال، استفاده از درمان روان‌شناختی در کنار دارو است (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۶؛ وندلر، ۱۹۹۸؛ ویلنز، بیدرمن، و اسپنسر، ۱۹۹۸؛ ویلنز، اسپنسر، و بیدرمن، ۱۹۹۸؛ ویلنز و همکاران، ۲۰۱۱).

## ایجاد برنامه درمان

این برنامه درمانی در قالب برنامه درمان شناختی رفتاری در بیمارستان عمومی ماساچوست (MGH)/دانشکده روان‌پزشکی دانشگاه پزشکی هاروارد ایجاد و در ابتدا هم در آنجا آزمایش شده است. ورودی برنامه درمانی از سوی روان‌پزشکانی است که برنامه ADHD بزرگسالان را در MGH مدیریت می‌کنند (دکترها جوزف بیدرمن، تیموتی ویلنز، و تامس اسپنسر)، و تعداد زیادی از مبتلایان به ADHD را به کمک دارو درمان می‌کنند. آن‌ها با وجود تلاش‌های بالینی و پژوهشی، دریافتند که هرچند داروها به بهبود ADHD کمک می‌کنند، اما مشکل را کاملاً برطرف نمی‌کنند.

ما برای این که بتوانیم درمان را مفهوم‌سازی کنیم، راهنماهای منتشرشده درباره درمان ADHD بزرگسالان را هم بررسی کردیم؛ از جمله یک بررسی نموداری از سوی ویلنز، مک‌درموت، بیدرمن، آبرانتس، هاهسی، و اسپنسر (۱۹۹۹) که درباره یک روش CBT که استیون مک‌درموت طراحی کرده بود (۲۰۰۰) گزارش داده‌اند. این درمان ریشه عمیقی در درمان شناختی داشت.

سپس، اعضای تیم ما با بزرگسالان مبتلا به ADHD ملاقات کردند که تحت درمان دارویی قرار گرفته بودند، و از آنها سؤال شد که برای چه نوع مشکلاتی خواهان کمک از CBT هستند. مشکلات این افراد شامل سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی؛ حواس‌پرتی؛ اضطراب و افسردگی؛ و اهمال‌کاری می‌شد. مشکلات دیگر شامل مدیریت خشم و ناامیدی و مهارت‌های ارتباطی بود. مثال‌هایی از این موارد در ادامه خواهیم زد.

### سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی

یکی از مشکلات در زمینه سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی، این است که پیدا کردن گام‌های منطقی و خاص برای انجام کارهایی که بسیار بزرگ و حجیم به نظر می‌رسند سخت است. برای بسیاری از مراجعان، این مشکلات باعث می‌شود که تسلیم شوند، اهمال‌کاری کنند، مضطرب شوند، و احساس بی‌کفایتی و داشتن دستاوردهای کمتر از توان داشته باشند. برای مثال، تعداد زیادی از مراجعان ما که شغلی پایین‌تر از خود داشتند (کم‌بهره‌گیری شغلی داشتند) یا بیکار بودند، هرگز کار جستجوی مشاغل را به صورت کامل انجام نداده بودند و در نتیجه یا شغل نداشتند، یا در پست‌هایی کار می‌کردند که دستمزدشان بسیار کمتر از توانایی واقعی‌شان بود، یا شغلی نداشتند که منجر به استخدام مناسب شود.

## حواس پرتی

مشکل حواس پرتی ممکن است در سر کار یا مدرسه روی دهد. بسیاری از مراجعان ما گزارش می‌دادند که کارها را به صورت کامل انجام نمی‌دهند، چون به کارهایی می‌پردازند که اهمیت کمتری دارند. برای مثال، آن‌ها پشت کامپیوتر می‌نشینند تا روی یک پروژه کار کنند، اما به صورت مرتب به اینترنت می‌روند و به برخی سایت‌ها یا شبکه‌های اجتماعی سر می‌زنند. یک دانشجو در تحقیق ما تنها زندگی می‌کرد، و هر زمان که پشت کامپیوتر می‌نشست که روی پایان‌نامه‌اش کار کند، یک گوشه در آپارتمانش پیدا می‌کرد که تمیزش کند (هرچند که آن گوشه واقعاً تمیز بود).

## مشکلات خلقی (اضطراب و افسردگی همراه)

در کنار علائم اصلی ADHD، بسیاری از مراجعان ما مشکلات خلقی هم دارند. این مشکلات شامل نگرانی درباره رویدادهای زندگی‌شان می‌شد، و آنها همچنین ممکن بود از پایین بودن دستاوردهایشان نسبت به توانایی‌شان (چه واقعی و چه از نظر خودشان) ناراحت شوند. بسیاری از افرادی که ADHD دارند می‌گویند به شدت احساس ناامیدی درباره کارهایی دارند که آنها را به پایان نمی‌رسانند، یا آن‌قدر که حس می‌کنند در توان‌شان است، عالی کار نمی‌کنند.

## تحقیق درباره این برنامه درمانی

در سال ۲۰۰۵، یک آزمایش مقدماتی تصادفی کنترل‌شده را از درمانی که در نسخه اول این راهنما توضیح داده شده بود کامل کردیم (سافرن، اوتو، اسپریچ، پرلمان، ویلنز، و بیدرمن، ۲۰۰۵). این تحقیق اثر درمان CBT به همراه ادامه درمان دارویی را با ادامه درمان دارویی صرف مقایسه می‌کرد. ۳۱ فرد بزرگسال دچار ADHD که روند دارودرمانی ثابتی داشتند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. بررسی‌هایی که روی آنها انجام شد شامل شدت ADHD و اضطراب و افسردگی ناشی از آن بود که از سوی یک فرد ارزیاب مستقل، و همچنین با خودگزارش‌دهی سنجیده می‌شد. به عنوان نتیجه بررسی، برای آنهایی که در گروه CBT قرار گرفتند، علائم ADHD - که از سوی ارزیاب مستقل سنجیده شده بودند - به شکل معناداری نسبت به گروهی که تنها دارودرمانی خود را ادامه داده بودند کمتر بود و شدت کلی بیماری هم کمتر بود. همچنین گروه CBT با معیارهای ارزیاب مستقل و با خودگزارش‌دهی،

اضطراب کمتر و افسردگی کمتر داشتند. CBT در هنگام کنترل روی متغیرهای افسردگی در تحلیل علائم اصلی ADHD هم برتری خود را نسبت به ادامه دارودرمانی صرف نشان داد. افرادی که درمان CBT شدند، نسبت به آنهایی که تحت این درمان خاص قرار نگرفتند به شکل قابل توجهی بیشتر به درمان پاسخ دادند. این داده‌ها از این فرضیه حمایت می‌کند که CBT برای بزرگسالان مبتلا به ADHD که علائم باقی‌مانده دارند، روش درمانی پیشرو، امکان‌پذیر، پذیرفتنی، و به صورت بالقوه کارآمدی است، و ارزش آزمایش‌های بیشتر را دارد.

در حین انجام تحقیق بعدی و درمان مراجعان با پروتکلی که ساخته بودیم، تغییراتی در پروتکل و واحد‌پروژه‌های درمانی اولیه دادیم. ما دریافتیم که شرکت‌کنندگان بسیاری گزارش کرده‌اند که به صورت خاص در سازمان‌دهی کاغذها (مانند قبض‌ها و فرم‌های اداری) و دیگر موارد در خانه‌شان دچار مشکل هستند، و به همین دلیل یک جلسه را به این مسئله اختصاص دادیم. ما همچنین یک جلسه خاص را برای حمایت اعضای خانواده اضافه کردیم، چون بخش عمده مراجعان خواستار چنین کمکی شده بودند.

ما سپس یک تحقیق اثربخشی بزرگ‌تر، پنج‌ساله و در مقیاس کامل را با بودجه‌ای که از موسسه ملی سلامت روان به دکتر سافرن داده بودند انجام دادیم. در این تحقیق هم از نسخه اولیه راهنمای درمان استفاده کردیم. این تحقیق شامل مقایسه درمان با این راهنما (CBT) به همراه ادامه دارودرمانی، با یک درمان مقایسه‌ای (آرمیدگی به علاوه حمایت آموزشی [RES])، با ادامه دارودرمانی صرف می‌شد (سافرن، اسپریچ، میمیگا، سورمن، نوز، گرووز، و اوتو، ۲۰۱۰ ب). ۸۶ فرد بزرگسال دچار ADHD در این تحقیق شرکت داشتند. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند: گروهی که تحت درمان CBT قرار گرفتند ( $n = 43$ )، و گروهی که شرایط مقایسه‌ای مبتنی بر مهارت‌های فعال داشتند ( $RES; n = 43$ ). ما دریافتیم که شرکت‌کنندگانی که تحت درمان CBT قرار می‌گیرند، در مقیاس اظهارات کلی بالینی (CGI) و مقیاس نمره‌دهی ADHD پس از درمان نتایج پایین‌تری (با ارزیابی یک فرد مستقل) نسبت به افراد تحت درمان RES دارند، و پاسخ‌دهندگان بیشتری در گروه CBT نسبت به RES در هر دو مقیاس CGI و ADHD وجود داشتند. این نتایج در پی‌گیری پس از ۶ ماه و پس از ۱۲ ماه هم برقرار بود. این نتایج در یکی از مجلات برجسته پزشکی به نام *مجله*

انجمن پزشکی آمریکا<sup>۱</sup> چاپ شد، و به ندرت اتفاق می افتد که آزمایش های روان شناختی یا رفتاری در این مجله پزشکی چاپ شوند.

## درباره درمان

این راهنمای درمان گرها برای درمان گرهایی نوشته شده است که تجربه هایی در زمینه CBT دارند، ولی با این حال برخی اطلاعات مهم درباره این روش درمان در این بخش می آید. بسیاری از مراجعانی که دچار ADHD بزرگسالان هستند چیزی از CBT شنیده اند. بخش قابل توجهی از آنها ممکن است انواع دیگر درمان، مانند درمان حمایتی یا روان درمانی روان پویایی را آزمایش کرده باشند. برای این که از روشی بگوییم که به احتمال زیاد متفاوت با روش هایی است که آنها پیش تر آزمایش کرده اند (برای مثال در این روش، جلسات دستور جلسه دارند، درمان به چند واحد پردازش تقسیم می شود، و درمان نیاز به تمرین فعال خارج از جلسه دارد که به اندازه کارهای خود جلسه مهم است یا حتی مهم تر از آن است)، مهم است که بتوانیم به پرسش ها درباره مدلی که پشت این روش درمانی قرار دارد پاسخ دهیم. برخی از این اطلاعات در کتاب کار مراجعان هم آمده است.

■ اجزای شناختی CBT: اجزای شناختی شامل افکار و باورهایی می شوند که می توانند علائم ADHD را تشدید کنند. برای مثال، فردی که با کاری روبه رو می شود که به نظر او بسیار بزرگ و سخت است، ممکن است توجهش را به کار دیگری معطوف کند، یا با خود فکر کند: «من نمی توانم این کار را انجام دهم»، «من نمی خواهم این کار را انجام دهم»، و «من این کار را بعدتر انجام خواهم داد». این افکار منجر به احساسات منفی می شوند که ممکن است مانع انجام موفقیت آمیز کار شوند. بخشی از این درمان شامل ساختاردهی مجدد این نوع از افکار است تا تفکر بتواند انطباقی تر باشد.

■ جزء رفتاری CBT: اجزای رفتاری آن رفتارها یا چیزهایی هستند که افراد انجام می دهند و می توانند علائم ADHD را تشدید کنند. این رفتارها شامل چنین مواردی می شود: اجتناب از کاری که باید انجامش دهید، داشتن یا نداشتن یک نظام سازمان یافته. CBT تلاش می کند که رفتارهای غیرمفید را بشناسد و به مراجع

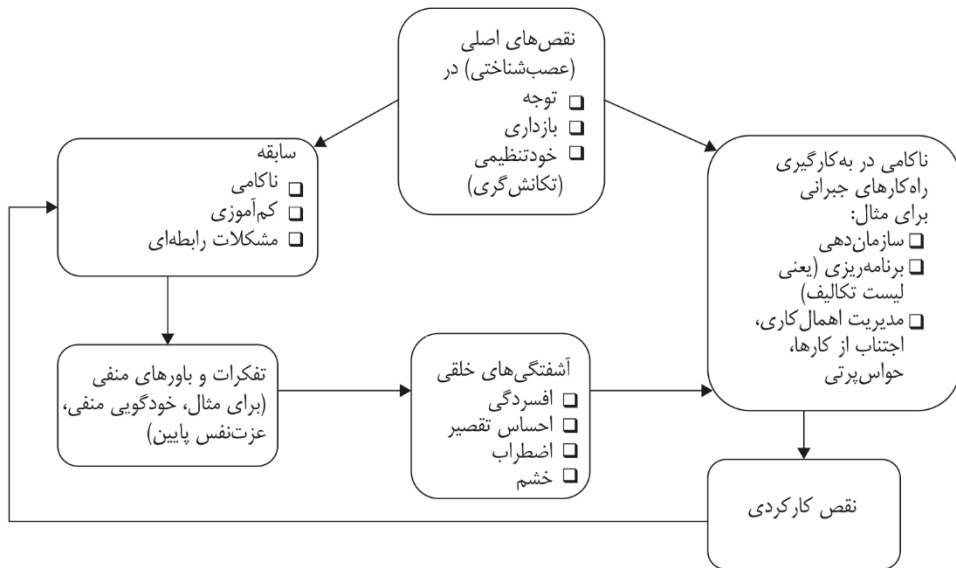


کمک کند که رفتارهای مؤثرتر را شناسایی و اجرا کند؛ رفتارهایی که خود مسئله را هدف قرار می‌دهند.

انجام مکرر تمرینات خانگی در راهبردهای شناختی و رفتاری برای ایجاد تغییرات بلندمدت و پایدار ضروری است.

در شکل ۱، هر کدام از اجزای مدل توضیح داده شده است:

- **نقص‌های عصب‌شناختی اصلی** - که از کودکی آغاز می‌شوند - و مانع مقابله مؤثر می‌شوند: بزرگسالانی که ADHD دارند، طبق تعریف، این اختلال را به شکل مزمن از کودکی داشته‌اند. علائم خاص مانند حواس پرتی، بی‌نظمی، مشکل در انجام تکالیف به ترتیب، و تکانش‌گری می‌تواند مانع آن شود که افراد دچار ADHD بتوانند مهارت‌های مقابله مؤثر را بیاموزند یا استفاده کنند.



شکل ۱

مدل شناختی-رفتاری ADHD بزرگسال.

بازچاپ از ا. آ. سافرن، س. اسپریچ، س. چولویک، و م. و. اوتو (۲۰۰۴). درمان‌های روانی اجتماعی برای بزرگسالان دچار ADHD. Psychiatric Clinics of North America، ۲۷(۲)، ۳۴۹-۳۶۰. © شرکت الزویر، با اجازه از الزویر.

- نبود مقابله مؤثر می‌تواند منجر به دستاوردهای پایین‌تر از توان فرد، و ناکامی شود: به این دلیل، مراجعانی که این اختلال را دارند به‌طور معمول به شکل پایداری دستاوردهای پایین‌تر از توان خود دارند، یا مشکلاتی دارند که خودشان ممکن است نام‌شان را «ناکامی» بگذارند.
- دستاوردهای پایین‌تر از توان فرد، و ناکامی می‌تواند منجر به افکار و باورهای منفی شود: سابقه ناکامی می‌تواند منجر به توسعه باورهای بیش از حد منفی درباره خود فرد شود، و همچنین باعث تفکرات منفی و غیرانطباقی در هنگام انجام کارها شود. افکار و باورهای منفی که پس از آن پدید می‌آید منجر به اجتناب از کار، یا حواس‌پرتی می‌شود.
- افکار و باورهای منفی می‌توانند منجر به مشکلات خلقی شوند و اجتناب از انجام کارها را تشدید کنند: به این ترتیب، افراد در هنگامی که با تکالیف یا مسائل مواجه می‌شوند، توجه خود را بیش از پیش به مسائل دیگر معطوف می‌کنند و علائم رفتاری مرتبط هم می‌تواند بدتر شود.

## نقش دارودرمانی

روش درمانی که در این راهنما آمده برای افرادی طراحی و بر روی آنها آزمایش شده که پیش‌تر تشخیص داده شده که ADHD دارند، و دارو هم مصرف می‌کنند. ما در مطالعات بالینی مان، به شکلی روایی دریافتیم که ارائه این درمان به بیمارانی که دارو مصرف نمی‌کنند، یا آنهایی که پیش از این جلسات دارو مصرف نمی‌کرده‌اند، تا حدی دشوارتر بوده است. مشکلات در زمینه بی‌توجهی، حواس‌پرتی، و تکانش‌گری ممکن است در جنبه‌های آموزشی CBT اختلال ایجاد کند و مانع آن شود که افراد جنبه‌های آموزشی CBT را خوب یاد بگیرند. به این ترتیب، به نظر ما مهم است که به داروهای رایج بپردازیم، و درباره اهمیت استفاده از دارو صحبت کنیم – به‌ویژه درباره داروهای محرک که به‌طور معمول عامل‌هایی کوتاه‌مدت هستند.

داروها اولین خط درمانی برای ADHD هستند، و در ADHD هم بیش از همه درباره آنها تحقیق شده است. داروها به این انواع تقسیم می‌شوند: محرک‌ها، داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای، بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز (داروهای ضد افسردگی)، و داروهای ضدافسردگی آتیپیک. در هر حال، تعداد قابل توجهی از افراد (به‌صورت تقریبی ۲۰ تا ۵۰ درصد) که داروهای ضدافسردگی مصرف می‌کنند به دارو پاسخ

نمی‌دهند. پاسخ‌دهنده نبودن یعنی علائم فرد با دارو به شکل کافی کاهش نمی‌یابد، یا فرد نمی‌تواند مصرف دارو را تحمل کند. افزون بر این، بزرگسالانی که پاسخ‌دهنده بوده‌اند به‌طور معمول با کاهش در ۵۰ درصد (یا کمتر) علائم اصلی ADHD روبه‌رو می‌شوند.

به دلیل این داده‌ها، پیشنهاد ما این است که درمان ADHD بزرگسالان، روان‌درمانی همراه با دارو باشد. داروها می‌توانند بسیاری از علائم اصلی ADHD را کاهش دهند: مانند مشکلات توجه، فعالیت بالا، و تکانش‌گری. در هر حال، داروها راه‌کارها و مهارت‌های مستحکم برای مقابله با مشکلات را به مراجعان یاد نمی‌دهند. افزون بر این، مشکلات در زمینه کیفیت کلی زندگی، مانند دستاوردهای پایین، بیکاری یا کار در شغلی با مهارت‌های پایین‌تر از توان فرد، مشکلات اقتصادی، و مسائل رابطه‌ای که ناشی از ADHD بزرگسالان است، نیاز به به‌کارگیری روش‌های بیشتری دارد.

## طرح کلی واحد‌پدازه‌ها

این درمان سه واحد‌پدازه اصلی دارد: (۱) آموزش روانی/سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی، (۲) مقابله با حواس‌پرتی، و (۳) بازسازی شناختی (تفکر انطباقی). افزون بر این، ما واحد‌پدازه‌های اختیاری و تک‌جلسه‌ای درباره (۱) اهمال‌کاری و (۲) درگیر کردن زوج یا عضو خانواده در درمان را هم ارائه می‌دهیم.

## سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی

اولین بخش درمان شامل مهارت‌های سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی می‌شود. این بخش شامل چنین مهارت‌هایی است:

- یادگیری استفاده مؤثر و پایدار از تقویم
- یادگیری استفاده مؤثر و پایدار از لیست تکالیف
- کار روی مهارت‌های مؤثر حل مسئله، از جمله تقسیم تکالیف به مراحل و انتخاب بهترین راه حل برای مسئله، در حالتی که هیچ راه حل آرمانی‌ای وجود ندارد
- ایجاد یک سیستم اولویت‌بندی برای نامه‌ها و کاغذها
- ایجاد سیستم‌های سازمان‌دهی برای کاغذها، فایل‌های الکترونیکی، و دیگر موارد

## مدیریت حواس پرتی

بخش دوم درمان شامل مدیریت حواس پرتی می‌شود. مهارت‌های این بخش شامل موارد زیر است:

- تعیین مدت زمانی معقول که انتظار می‌رود فرد در آن بتواند روی یک کار حوصله‌سرب‌ر یا دشوار تمرکز کند، و تقسیم کارها به قطعاتی که مطابق با این زمان‌ها باشند
- استفاده از تایمر، نشان‌گذاری و دیگر تکنیک‌ها (یعنی، تأخیر در حواس پرتی)

## بازساختاردهی شناختی (تفکر انطباقی)

سومین بخش درمان شامل این است که فرد بتواند به انطباقی‌ترین شکل ممکن درباره مسائل و موارد استرس‌زا فکر کند. این کار شامل موارد زیر می‌شود:

- «خودمربی‌گری» مثبت
- یادگیری نحوه شناسایی و زیر سؤال بردن افکار منفی، بیش از حد مثبت، و/یا غیرمفید
- یادگیری نحوه نگاه منطقی به شرایط، و داشتن انتخاب‌های منطقی درباره بهترین راه حل‌های ممکن

## درمان برای اهمال‌کاری

یک واحدپردازه اضافی و اختیاری برای اهمال‌کاری وجود دارد. ما این را در کتاب آورده‌ایم چون اکثر واحدپردازه‌های پیشین با اهمال‌کاری ارتباط دارند، اما برخی افراد نیاز به کمک بیشتری در این حوزه دارند. این واحدپردازه به این ترتیب به صورت خاص به نحوه استفاده از مهارت‌های فوق برای حل مشکل اهمال‌کاری می‌پردازد.

## جلسه اطلاع‌رسانی با زوج یا اعضای خانواده

یک واحدپردازه اختیاری دیگر برای ارائه اطلاعات درباره ADHD و برنامه درمانی حاضر به زوج یا اعضای خانواده وجود دارد. ما این بخش را آورده‌ایم چون بسیاری از افرادی که ADHD دارند می‌گویند که به دلیل علائم این بیماری با شریک زندگی، یا اعضای خانواده‌شان دچار اختلاف هستند. در این جلسه، سعی می‌کنیم که به اعضای