

درمان شناختی - رفتاری

ADHD

در نوجوانان و بزرگسالان

راهنمای روان شناختی کاربردی



فهرست

۷.....	آشنایی با نویسندگان.....
۹.....	پیش‌گفتار به قلم مارگارت ویس.....
۱۹.....	پیش‌گفتار به قلم سم گلدستاین.....
۲۳.....	دیباچه.....
۲۷.....	سیاسگزاری.....
۲۹.....	بخش ۱: زمینه و درمان.....
۳۱.....	۱: مقدمه.....
۵۵.....	۲: ارائه برنامه یانگ-برامهام.....
۷۷.....	بخش ۲: ماژول‌های علائم محوری.....
۷۹.....	۳: ماژول توجه.....
۹۸.....	۴: ماژول حافظه.....
۱۱۰.....	۵: ماژول سازماندهی و مدیریت زمان.....
۱۴۰.....	۶: ماژول تکانشگری.....
۱۵۹.....	بخش ۳: ماژول‌های مشکلات هم‌آیند و مرتبط.....
۱۶۱.....	۷: ماژول حل مسئله.....
۱۸۱.....	۸: ماژول روابط بین‌فردی.....
۲۰۸.....	۹: ماژول اضطراب.....
۲۴۱.....	۱۰: ماژول ناکامی و خشم.....
۲۶۶.....	۱۱: ماژول خلق پایین و افسردگی.....
۲۸۷.....	۱۲: ماژول خواب.....
۳۱۷.....	۱۳: ماژول مصرف مواد.....

۳۴۷	بخش ۴: مازول‌های آینده.....
۳۴۹	۱۴: مازول آماده شدن برای آینده.....
۳۴۹	منابع.....
۳۷۶	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۳۸۵	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....

مقدمه

این کتاب نوشته شده است تا برای آن دسته متخصصان بالینی که با نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اختلال ADHD کار می‌کنند، یک راهنمای روان‌شناختی جامع فراهم آورد. این هدف از طریق فراهم آوردن درمان شناختی-رفتاری (CBT) برای درمان علائم محوری شناختی و مشکلات مربوطه در این دسته بیماران محقق می‌شود. از آنجا که ADHD اختلالی ناهمگون است، احتمالاً هر شخص علائم متفاوتی را در دامنه‌ای از توانمندی‌ها و ضعف‌های روان‌شناختی نشان می‌دهد، از این رو کتاب حاضر دربرگیرنده ماژول‌های متکی به خودی است که می‌توانند به شکل فردی یا گروهی اجرا شوند و این دو به همراه هم برنامه‌ی یانگ-برامهام را تشکیل داده‌اند. این برنامه با استفاده از تکنیک‌های مصاحبه‌ای شناختی-رفتاری و انگیزشی، نوعی رویکرد ابتکاری و مؤثر نسبت به نمود ADHD فراهم می‌آورد. آن تکنیک‌ها را به تفصیل و با ذکر مثال توصیف کرده‌ایم. هر یک از ماژول‌ها در فصل جداگانه‌ای ارائه شده‌اند و می‌توانند به‌طور مستقل یا با دیگر ماژول‌ها استفاده شوند.

متخصصان اغلب گزارش می‌دهند که گویی برای درمان این گروه از مراجعان به اندازه کافی مجهز نیستند و ادبیات پژوهش محدودی درباره‌ی درمان روان‌شناختی نوجوانان و بزرگسالان به‌جا مانده است. دوسوم از کودکان مبتلا به ADHD در بزرگسالی نیز از این اختلال رنج می‌برند و بسیاری از کسانی که باقی‌مانده‌ای از مشکلات ADHD را تجربه می‌کنند، نیازمند درمان‌اند (یانگ و گو جانسن، ۲۰۰۸). همچنین، بسیاری از افراد کم‌سن‌وسال هستند که مشکلشان تا پیش از دوران بزرگسالی و با وجود مراجعات پرشمار به مراکز خدمات سلامت، تشخیص داده نمی‌شود (هانتلی و یانگ، تون و تایسون، ۲۰۰۳). غفلت از ADHD چیز تازه‌ای نیست و تشخیص‌های گمراه‌کننده نیز فراوان است. سوی این قبیل گروه‌های بالینی، افراد بسیاری هستند که علائمی را دارند که به آستانه تشخیص رسمی اختلال نرسیده است، اما با وجود این ممکن است از درمان روان‌شناختی که مشکلات و نقائص کارکردی آنها را لحاظ می‌کند، سود ببرند. بنابراین برنامه‌ی یانگ-برامهام، به‌عنوان یک مداخله مناسب برای افرادی طراحی شده است که تشخیص رسمی ADHD دریافت کرده‌اند، در وضعیت فروکش نسبی علائم قرار دارند، یا به‌نوعی مجموعه تشخیص داده‌نشده از علائم ADHD و مشکلات مرتبط با آن را بروز

می‌دهند.

دلیل دوم برای نوشتن این کتاب، صحبت با درمانجویان و گوش سپردن به داستان زندگی‌شان بود. همه آنها داستان‌هایی برای گفتن دارند و خُب برای بسیاری از افراد این کار چندان آسان نیست. با وجود این، هر بار توانسته‌ایم خصوصیات تاب‌آوری، نبوغ و خلاقیت را در آنها شناسایی کنیم. ما با برخی بیماران درباره تجربه‌شان از تشخیص و درمان ADHD در بزرگسالی مصاحبه کرده و از والدین هم درباره تجربه حمایت از فرزندانشان پرس‌وجو کرده‌ایم. آنها ابتدا احساس آسوده‌خیالی و نوعی حس امید به آینده نشان دادند، اما بعد از اینکه فهمیدند درمان نوشدارو نیست و نمی‌تواند همه مشکلات را حل کند، ناامید شدند. آنها «علاج» نشده‌اند و مشکلات کارکردی محوری در مورد مهارت برنامه‌ریزی و مدیریت زمان، اهمال‌کاری و عزت نفس پایین، همچنان پابرجا بوده است (یانگ، برامهام و گری، ۲۰۰۹؛ یانگ و دیگران، ۲۰۰۸). بنابراین انتظار طولانی‌مدت برای انجام مداخلات روان‌شناختی در وضعیت نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به ADHD، به‌همراه تحقیقات گسترده‌ای که روی این موضوع داشته‌ایم، ما را بر آن داشت تا برنامه یانگ-برامهام را برای توجه به مشکلات مداومی طراحی کنیم که افراد صرف نظر از اینکه دارو مصرف می‌کنند یا نه، تجربه‌شان می‌کنند. ادعا نمی‌کنیم که این برنامه به‌طور کامل شکاف را می‌پوشاند و یک «درمان» [واحد] برای بزرگسالان و جوانان مبتلا به ADHD فراهم می‌آورد، بلکه اطمینان داریم راهبردها و تکنیک‌های ارائه‌شده در آن، حمایتی ارزشمند و دوچندان برای بیماران به ارمغان می‌آورد.

تارنمای پشتیبان برنامه

کتاب با یک تارنمای پشتیبان تکمیل می‌شود که فراهم‌آورنده تمرین‌های کاربردی و عملی است. این تمرین‌ها به درمانجو امکان می‌دهد مشکلات مختص به خودش و روش‌های مقابله با آنها را بشناسد. آن دسته راهبردها که شامل نوشتن افکار یا ایجاد فهرستی از پیامدهای بالقوه‌اند، در واقع مشکلات مربوط به مهارت‌های سازماندهی و مشکلات حافظه را که ذاتی ADHD هستند هدف قرار می‌دهند. بنابراین لازم است درمانگران در طول جلسات درمانی، حداکثر فرصت را برای طراحی فهرست و برنامه‌ریزی فراهم آورند. مثال‌ها، نمودارها، دفترچه یادداشت‌های روزانه، شکل‌ها، دیاگرام‌ها و تصاویر، هم در کتاب و هم در تارنما موجودند (در تارنما طوری طراحی شده‌اند که برای استفاده در جلسات درمانی مناسب باشند) تا به وضوح بیشتر اطلاعات کمک‌کنند و دسترسی و فهم مفاهیم و مطالب ارائه‌شده در کتاب را بهبود بخشند. برگه‌های آموزش روانی و یک رونوشت از مواد آموزشی معرفی‌شده در برنامه، در تارنمای پشتیبان کتاب قرار داده شده‌اند که با ثبت رمز عبور شخصی، قابل دریافت‌اند. همچنین در جلسات درمانی می‌توان برای تعیین خط‌مشی به‌منظور ارزیابی و برای

درمان علائم، مشکلات و راهبردهای اختصاصی، از این موارد استفاده کرد. این مواد آموزشی همچنین کمک می‌کنند که درمانگر و درمانجو با همکاری هم، مداخلات برنامه‌ی یانگ-براهام را بر اساس نیازهای اختصاصی هر بیمار، شخصی‌سازی کنند.

ADHD در نوجوانی و بزرگسالی

ADHD به‌عنوان یک موقعیت عصبی-تحوالی تثبیت‌شده، با بی‌توجهی، فعالیت بیش‌از‌حد و تکانشگری، یا با ترکیبی از این دو که در کودکی آغاز شده و اغلب در نوجوانی و در زندگی شغلی فرد ادامه می‌یابد، شناخته می‌شود. نوعی مسیر درمانی مشخص برای این اختلال وجود دارد. مشخص شده است که بیماری‌هایی نظیر ADHD که مادام‌العمر همراه شخص‌اند، نیازمند یک انتقال مراقبت برنامه‌ریزی‌شده هستند که از زمان کودکی آغاز شده، در نوجوانی ادامه یافته و به بزرگسالی تسری می‌یابد. در واقع افراد در نقاط عطف خاص زندگی‌شان، از یک خدمت به خدمت دیگر جابه‌جا می‌شوند (نات و دیگران، ۲۰۰۷)

دستورالعمل‌های بین‌المللی ADHD

دستورالعمل‌های بین‌المللی منتشرشده‌ای وجود دارد که توصیه‌هایی راجع به سنجش، درمان و مدیریت افراد مبتلا به ADHD ارائه می‌دهند (NICE، ۲۰۰۹؛ سکسیاس و سسیس و مولر، ۲۰۱۱). در بریتانیا، مؤسسه NICE، برای اولین بار در سال ۲۰۰۲ دستورالعمل‌هایی را منتشر کرد که در آنها، ADHD یک اختلال مادام‌العمر و نیازمند اقتضانات خاص خدمات‌رسانی سلامت روان در دوره بزرگسالی برای تشخیص و خدمات درمانی بزرگسالان معرفی شد. دستورالعمل‌های این مؤسسه توجهات را به‌سمت اهمیت مداخلات روان‌شناختی به‌عنوان خط مقدم درمان کودکان و کسانی که علائم خفیف دارند، و نیز یک درمان مکمل مهم برای بزرگسالان مبتلا به ADHD جلب کرد. اولویت کلیدی این دستورالعمل‌ها این بود که درمان دارویی برای کودکان و بیماران جوان، باید همیشه بخشی از یک برنامه درمانی جامع شامل توصیه‌ها و مداخلات روان‌شناختی، رفتاری و آموزشی باشد. NICE توصیه می‌کند که برای نوجوانان با سن و سال بیشتر، ممکن است مداخلات روان‌شناختی فردی مستقیم با استفاده از پارادایم‌های شناختی-رفتاری و مهارت‌های اجتماعی اثربخش‌تر و از نظر خود آنها مقبول‌تر باشند. آنها توصیه می‌کنند که از راهبردهای یادگیری فعال باید برای طیفی از اهداف درمانی مانند مهارت‌های اجتماعی در گروه همسالان، حل مسئله، خودکنترلی، مهارت‌های شنیدن و مهارت‌های مقابله با احساسات و بیان احساسات، استفاده شود. این توصیه‌ها مهر تأییدی است بر پارادایم شناختی-رفتاری که در برنامه یانگ-براهام مطرح شده و برای نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به اختلال

ADHD به کار رفته است.

علائم ADHD

علائم ADHD شامل بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری^۱ است. با وجود این، ADHD اختلال ناهمگونی است و نحوه بروز این علائم در افراد تفاوت‌های بسیاری دارد. همچنین به موازات رشد، اغلب نوعی تغییر در بیش‌فعالی و تکانشگری افراد رخ می‌دهد که در مقایسه با بی‌توجهی، بهبود بیشتری می‌یابد (مارش و ویلیامز، ۲۰۰۴). مثلاً نوجوانان احتمالاً بیشتر دچار وول خوردن^۲ شوند تا هدف دویدن. مشکلات سازماندهی و مدیریت زمان نیز در آنها بیشتر دیده می‌شود. پیشرفت اختلال نیز بسته به اینکه فرد در بزرگسالی، بهبودی کامل، بهبودی نسبی یا عدم‌بهبودی را تجربه کند، کاملاً متفاوت است (فارتونه، بیدرمن و مایک، ۲۰۰۶؛ یانگ و گودیانسن، ۲۰۰۸). در حالی که ظاهراً برخی علائم با بالا رفتن سن خودبه‌خود فروکش می‌کنند، ممکن است تفاوت‌های نسبی که با نقائص کارکردی مهمی همراه‌اند همچنان باقی بمانند. در واقع حدود دوسوم کودکان مبتلا، برخی علائم پایدار همراه با نقائص مهم را در اوایل بزرگسالی تجربه می‌کنند (فارتونه، بیدرمن و مایک، ۲۰۰۶).

هم‌آیندی

برای بیماران جوان، هم‌آیندی^۳ یک قاعده است نه استثنا. دوسوم کودکان مبتلا به این اختلال، دست‌کم یک اختلال هم‌آیند دارند؛ مواردی مثل اختلال سلوک و/یا نافرمانی مقابله‌ای، اضطراب، افسردگی، مصرف مواد، اختلالات تیک و اختلالات طیف اوتیسم (بیدرمن، نیوکرن و اسپریچ، ۱۹۹۱؛ الیا، آمبروسینی و برتینی، ۲۰۰۸؛ گلدمن و دیگران ۱۹۹۸؛ پلیزکا، ۱۹۹۸). نحوه چندگانگی ارائه خدمات سلامت و خدمات اجتماعی که افرادی که تا سنین بزرگسالی اختلالشان تشخیص داده نشده گزارش کرده‌اند (هانتلی و یانگ؛ یانگ، تون و تیسون، ۲۰۰۳)، نشان می‌دهد علائم ADHD اغلب یا نادیده گرفته شده یا در کودکان به اشتباه تشخیص داده می‌شوند. از سوی دیگر، برای کسانی که در کودکی تشخیص داده شده‌اند هم ممکن است درمان با داروهای محرک، محافظت کامل در پی نداشته باشد. داده‌های مربوط به ۲۰۸ کودک درمان‌شده با محرک‌ها نشان داد که ۲۳٪ آنها یک نوبت پذیرش روان‌پزشکی را در بزرگسالی تجربه کرده‌اند (میانگین سنی = ۳۱ سال). مشکلات سلوک در کودکان عامل پیش‌بین بوده‌اند (نسبت خطر HR: ۲/۳) و دختران در مقایسه با پسران، در معرض خطر بیشتری قرار داشته‌اند (HR: ۲/۴) (دلسگارد و دیگران، ۲۰۰۲).

1. inattention, hyperactivity and impulsivity
2. fidget
3. comorbidity

متوجه شدیم که درمانگران اغلب در مورد مداخله برای درمان ADHD، مانند دیگر اختلالات، احساس نگرانی دارند، در حالی که بسیاری از اختلالات هم‌آیند به‌طور مؤثر با مداخلات پزشکی درمان می‌شوند. دلیل نگرانی آنها می‌تواند فقدان اعتمادبه‌نفس کافی برای درمان افرادی باشد که با نرخ بالای مشکلات روان‌پزشکی هم‌آیند و هم‌پوشانی جانبی که موجب پیچیده‌تر شدن عوامل روانی اجتماعی می‌شوند، در مراکز حضور می‌یابند. از این رو تصمیم گرفتیم این کتاب را منتشر کنیم تا دانش خود را به اشتراک بگذاریم و یک راهنما برای متخصصانی که روی بزرگسالان و نوجوانان مبتلا به ADHD کار می‌کنند، فراهم آوریم.

سبب‌شناسی

اینکه چه می‌شود افراد به ADHD دچار می‌شوند کاملاً مشخص نیست. اما احتمالاً عوامل گسترده ژنتیکی، محیطی و روانی اجتماعی در این امر سهیم باشند (NICE، ۲۰۰۹). ADHD اغلب در خانواده‌ها جریان دارد و مطالعات نشان می‌دهند تا حد بسیاری ارثی است (آستین هوسن، ۲۰۰۹). ژن‌ها نقش مهمی در تحول مغز ایفا می‌کنند و گمان می‌رود تعداد فراوانی از ژن‌های متفاوت در این قضیه دخالت دارند و این احتمالاً به سیستم‌های دوپامینی و سروتونینی مغز مربوط است (استرگیاکولی و تاپار، ۲۰۱۰). عوامل محیطی نیز ممکن است تحول مغز را تحت تأثیر قرار دهند، عواملی مانند مصرف دخانیات، مشروبات الکلی، مصرف مواد در دوران بارداری، زایمان زودرس، کمبود وزن هنگام تولد، صدمات هنگام تولد و افسردگی مادری. این عوامل می‌توانند طی تعامل با عوامل ژنتیکی/عصب‌شناختی، خطر ابتلا به ADHD را افزایش دهند. ارتباط علی عوامل روانی اجتماعی و ADHD چندان مشخص نیست، اما به‌نظر می‌رسد پیشرفت آن، با اختلال در دلبستگی اولیه^۱، وقایع ناگوار اجتماعی و تحمل محرومیت، ارتباط داشته باشد (روتر، ۲۰۰۵).

جنسیت و ADHD

احتمال تشخیص ابتلا در دوران کودکی، در پسران نسبت به دختران بیشتر بوده و چنان که در پژوهش‌ها آمده، نسبت آن حدود ۴ به ۱ است، اما در بزرگسالی، میزان تشخیص مردان و زنان، اختلاف کمتری دارد (کسلر و دیگران، ۲۰۰۶). این امر می‌تواند ناشی از سوگیری نسبت به ارجاع کودکان باشد، چون به‌خاطر بروز رفتارهای برون‌سازی شده، پسران را بیشتر از دختران برای سنجش بالینی ارجاع می‌دهند. احتمال اینکه پسران رفتار مخرب و مشکلات سلوک بروز دهند بیشتر است و همین موجب می‌شود متخصصان سلامت و آموزش به آنها توجه بیشتری کنند (بیدرمن و دیگران،

۱۹۹۹؛ کوب و کارلسون، ۱۹۹۷). در مقابل، احتمال اینکه دختران مشکلات توجه، درونی‌سازی و روابط مخرب با همسالان بروز دهند بیشتر است (راکلیج و تانوک، ۲۰۰۱؛ تیلور و دیگران، ۱۹۶۱؛ یانگ و دیگران ۲۰۰۵ a، ۲۰۰۵ b).

در مورد بزرگسالان جوان، احتمال بیشتری دارد که زنان برای اختلالات اضطراب و افسردگی یا به دلیل بارداری، به مراکز خدمات سلامت روان مراجعه کنند. همین تکرر مراجعه می‌تواند یک عامل دخیل در نسبت جنسیتی افراد مبتلا به این اختلال باشد. تفاوت‌های جنسیتی اولیه در نحوه بروز علائم درونی‌سازی و برونی‌سازی، ظاهراً در افزایش نسبت مردان مبتلا که گزارش می‌شود رفتار ضداجتماعی یا مجرمانه دارند مؤثرند (یانگ و دیگران، ۲۰۱۱). در مقابل، نرخ پذیرش روان‌پزشکی زنان مبتلا بیشتر است (دلسگارد و دیگران، ۲۰۰۲).

این قبیل یافته‌ها اصرار پارادایم درمانی ساختاریافته بر اینکه «یک چیز برای همه کفایت می‌کند» را رد می‌کند و بر لزوم تدارک درمان‌های مختص هر جنسیت صحنه می‌گذارد. ماژول‌های برنامه یانگ-براهام بسیار مناسب این رویکردند و درمانگران می‌توانند مداخلات مناسبی را با توجه به جنسیت بیمار داشته باشند. یک نکته خیره‌کننده این است که توانایی‌ها و ضعف‌های افراد مبتلا به ADHD در مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند برخلاف چیزی باشد که معمولاً گزارش می‌شود (مثلاً اینکه زن‌ها معمولاً آمادگی بیشتری برای به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای هیجانی دارند و مردان در عوض تمایل دارند از راهبردهای مسئله‌محور استفاده کنند). در واقع دختران نوجوان، طیفی از راهبردهای مقابله‌ای بی‌اثر را به‌کار می‌گیرند (یانگ و دیگران، ۲۰۰۵ a). بنابراین مهم است که در فرایند درمان، سبک‌های فردی مقابله مد نظر باشد تا کار مراجعان برای انتخاب، توسعه و اعمال راهبردهای کارآمد برای غلبه بر مشکلات، تسهیل شود.

ADHD و کارکرد عقلانی

ADHD از سوی افراد گوناگون با سطح عقلانیت متفاوت تجربه می‌شود. به‌عبارتی، افرادی که کارکرد عقلانی بالایی دارند نیز دچار این اختلال می‌شوند. در عین حال این باور نادرست شایع شده است که افراد با کارکرد ذهنی بالا، احتمالاً نمی‌توانند ADHD داشته باشند و این موجب می‌شود آنها چالش‌هایی را برای شناسایی و درمان علائمشان تجربه کنند که همتایانی با هوشبهر پایین‌تر تجربه‌شان می‌کنند. شاید سابقه و دستاوردهای تحصیلی و شغلی این گروه افراد، بسیار متفاوت باشد و هیچ‌گونه نقصی هم در کودکی تجربه نکرده باشند، اما بی‌شک یک چیز در هر دو گروه وجود دارد و آن اینکه عملکرد پایین‌تری به‌لحاظ ظرفیت فردی دارند و این موجب سردرگمی و پریشانی می‌شود.

تجربه ما می‌گوید هرچه فرد مبتلا به ADHD کارکرد بالاتری داشته باشد، احتمال بیشتری دارد که

یک زمانی، اغلب در بزرگسالی، برای دریافت خدمات تشخیصی و درمانی متعاقبش به مراکز مراجعه کند، زیرا چنین افرادی معمولاً راهبردهای جبرانی سازنده‌ای را مانند راهبردهایی که در برنامهٔ یانگ-براهام طراحی و تشریح شده‌اند که از تلاش‌هایشان حمایت می‌کنند، آموخته و به‌کار گرفته‌اند. همچنین احتمال اینکه کودکان مبتلا به اختلال با هوشبهر بالا جذب مؤسسات آموزشی خاصی شوند که فقط بچه‌های باهوش در آن حاضرند بیشتر است. در این صورت محتمل‌تر است که آنها از کلاسی با اندازهٔ کوچک‌تر اما با ساختاری بهتر بهره‌مند شوند که تمرکز حواس را بیشتر می‌کند و در نتیجه، با توجه به نرخ بالاتر معلم به دانش‌آموز، فرصت بهتری برای بهره‌مندی از حق تعلیم و/یا استفاده از مطالب تکمیلی دستیاران آموزشی داشته باشند. یعنی ممکن است به‌طور نسبی موفقیت تحصیلی بیشتری کسب کنند (اما این موفقیت‌ها معمولاً با بی‌ثباتی همراه است) و مشکلات تا بعدها یعنی وقتی از آنها انتظار می‌رود در شغل و حرفه‌شان مسئولیت سازماندهی کار خودشان/ راهبری دیگران را بر عهده گیرند، آشکار نشوند. برای افرادی که هنوز علامت‌دار هستند، اینجا می‌تواند جایی باشد که همه چیز خراب می‌شود. دیگران به سازگار شدن ادامه می‌دهند و با استفاده از راهبردهای کارکردی، راه‌حل‌هایی برای غلبه بر چالش‌های پیش‌رو پیدا می‌کنند. برای این افراد، تجربهٔ شکست در اتخاذ این راهبردها، می‌تواند بر اثر عوامل بیرونی شغلی (فشار بالای کار، ساعات کار زیاد و...)، و/یا کاهش منابع شخصی بر اثر افزایش مشکلات سلامت روان یا جسم و/یا وقایع جدی زندگی (داغ دیدن، اخراج به دلیل مازاد بودن، جدایی و طلاق و...) روی دهد. سپس همه چیز ناگهان خراب می‌شود؛ مثل ریختن کارت‌های دومینو! شخص دیگر قادر نیست راهبردهای جایگزین اتخاذ کند و حتی ممکن است درگیر راهبردهای معیوب شود (نوشیدن افراطی، یا مصرف مواد مخدر). طولی نمی‌کشد که تجربهٔ علائم همراه با تخریب، گریزناپذیر می‌شود.

در آن سر طیف عقلانی، سردرگمی محققان از تفاوت‌های بین‌المللی اصطلاح‌شناختی در مورد هم‌آیندی ناتوانایی‌های یادگیری و ADHD، ناشی می‌شود. اصطلاح *ناتوانی یادگیری*^۱ در اروپا را مترادف با اصطلاح *عقب‌ماندگی ذهنی*^۲ در آمریکای شمالی محسوب کرده‌اند، حال آنکه در آمریکای شمالی، *«ناتوانی یادگیری»* بیشتر با فهم اروپایی از اصطلاح *«مشکل یادگیری خاص»*^۳ هم‌خوانی دارد. مشخصهٔ مشکل یادگیری خاص این است که کارکرد ذهنی فرد از دیگر جهات کفایت لازم را دارد، اما یکی از مهارت‌های خاص او مثل خواندن، هجی کردن، نوشتن و محاسبه کردن، تحت تأثیر قرار گرفته است؛ به عبارتی، کارکرد کلی ذهن فرد، کمتر از حد معمول نیست.

برخی متخصصان بالینی معتقدند ADHD و ناتوانی‌های یادگیری از یکدیگر تشخیص ناپذیرند

1. learning disability
2. mental retardation
3. specific learning difficulty

(به طور مثال، پریور و سانسون، ۱۹۸۶) و ویژگی‌های محوری این اختلال همچون ناتوانی‌های یادگیری ابراز می‌شوند. به هر حال این نکته پذیرفته شده که افرادی که ناتوانی یادگیری دارند، چنانچه توانایی توجه، سطوح بیش‌فعالی و تکانشگری پایین‌تری به نسبت سطح تحولشان داشته باشند، می‌توانند علائم ADHD را بروز دهند. همچنین برای بسیاری از متخصصان بالینی محرز شده که احتمال اینکه افراد مبتلا به اختلالات تحولی فراگیر، علائم ADHD از خود نشان دهند زیاد است. در چنین شرایطی زنگ خطر تشخیص هم‌آیند به صدا درمی‌آید؛ یعنی دو تشخیصی که اکنون در DSM-IV مستقل از یکدیگر تلقی می‌شوند. بنابراین همیشه پیشنهاد شده است که این ملاک‌ها در نسخه‌های آتی DSM جرح و تعدیل شوند تا با احتمال هم‌آیندی اختلال تحولی فراگیر و ADHD انطباق یابند (گلدشتاین و شوئیباچ، ۲۰۰۴).

ظاهراً درمان با داروهای محرک، برای بزرگسالان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری و ADHD مؤثر است و به‌خوبی تحمل می‌شود (یوهاندن و هاردان، ۲۰۰۴)، اما برای تعیین قطعیت اثربخشی آنها، به مطالعات وسیع‌تری نیاز است. در ادبیات پژوهشی موجود، رهنمودهای چندانی برای مداخله بالینی در وضعیت بیماران مبتلا به اختلالات هم‌آیند ADHD و ناتوانی یادگیری وجود ندارد. در حالی که برنامه‌یابنگ‌براهام در وهله نخست برای استفاده بیماران ADHD بدون اختلال یادگیری طراحی شده است، مانعی برای استفاده از آن در درمان افراد دارای اختلال یادگیری و ADHD وجود ندارد. البته احتمالاً برخی مطابقت‌ها لازم خواهد شد.

اول اینکه ممکن است مشکلات بازداری توجه و پاسخ^۱، در مبتلایان به اختلال یادگیری، وضوح بیشتری داشته باشد (فاکس و وید، ۱۹۹۸؛ رز و دیگران، ۲۰۰۹) که این بر محدودیت توانایی‌شان برای حفظ توجه در جلسات درمانی، خواهد افزود. بنابراین اگر مقدور باشد، جلسات درمانی باید مبتنی بر قاعده «کوتاه اما مستمر» باشد، یعنی همیشه برگزار شود، اما در بازه‌های زمانی کوتاه، مثلاً دو بار در هفته، هر بار حدود نیم ساعت. دوم اینکه رویکرد درمانی اصلی باید رفتاری باشد، زیرا بسیاری از مبتلایان به اختلالات یادگیری، دشواری‌هایی در ارزیابی و کاربرد راهبردهای شناختی دارند. آزمایش‌های رفتاری^۲ در جلسات درمانی، مثال‌های کاربردی و توضیحات ساده، عموماً برای موفقیت مداخله در این گروه بیماران، مؤثر است. همچنین شاید درمانگر مایل باشد از کمک یکی از اعضای خانواده یا حضور یک همراه بهره‌مند شود که مطالب آموخته‌شده در جلسه درمانی را تقویت کرده و در انجام تکالیف منزل به بیمار کمک کند.

مشکلات یادگیری خاصی مثل نارساخوانی^۳ و محاسبه‌پریشی^۱ نیز گزارش شده است که در افراد

1. response inhibition difficulties attentional and
2. Behavioural experiments
3. dyslexia

دارای ADHD شیوع بیشتری دارند (به طور مثال، رایبیر و کول، ۲۰۰۰). برخی افراد ممکن است برای مشکلات یادگیری خاص معاینه شوند، در حالی که علائم ADHD زیربنایی آنها برای مدتی ناشناخته باقی مانده باشد. در عین حال که نوعی هم‌آیندی میان ADHD و مشکل یادگیری خاص وجود دارد، برخی درمی‌یابند که مشکلات یادگیری‌شان نتیجه مشکل یادگیری خاص است، اما سنجش بالینی و آزمونگری رسمی^۲ نشان می‌دهد مشکل اصلی نوعی نقص توجه است.

در خصوص پیوند ADHD و مشکل یادگیری خاص، سه توضیح محتمل وجود دارد: (۱) اختلالات توجه موجب بازداری یادگیری می‌شوند، (۲) مشکلات حافظه کاری می‌توانند توانایی فرد در گره‌گشایی از دستورزبان پیچیده را تحت تأثیر قرار دهند و (۳) هر دو اختلال مبانی عصبی زیستی مشابه دارند، به‌ویژه مبانی که به بدکارکردی اجرایی^۳ مربوط‌اند (نظیر دنکلا، ۱۹۹۶). در واقع احتمالاً سیستم‌های لوب پیشانی^۴ درگیر در کنترل شناختی تحت تأثیر قرار می‌گیرند و این می‌تواند به مشکلات توجه و پردازش اطلاعات منجر شود که در هر دو اختلال رایج‌اند (دانکن و دیگران، ۱۹۹۴).

افراد مبتلا به هم‌آیندی ADHD و نارساخوانی^۵، احتمالاً کمتر در مراکز بالینی دیده شوند، چون آنها مشکلاتی برای تکمیل پرسشنامه‌های غربالگری دارند و همین مشکلات آنها را از ادامه فرایند مراجعه بازمی‌دارد. به این افراد می‌توان با مطالب نوشته‌شده‌ای که مرتبط با فرایند تشخیصی و/یا درمانی آنهاست و در قالبی متناسب با نیازهای آنها آماده شده است کمک کرد، مثلاً می‌توان با استفاده از کاراکترهای ساده سیاه و سفید، متن را درشت‌نمایی کرد. یا می‌توان به کمک یک دستگاه ضبط صدا، قالب برخی تمرین‌های درمانی را از نوشتاری به شنیداری تبدیل کرد. به همین شکل می‌توان جلسات درمانی را نیز ضبط کرد.

گذر از نوجوانی به بزرگسالی

دستورالعمل‌های بین‌المللی مانند دستورالعمل‌های NICE (۲۰۰۹)، با اتخاذ چشم‌انداز طول‌عمری^۶، متخصصان بالینی را بر آن داشته‌اند تا روی نیازهای نوجوانانی که علائم پابرجا یا در حال بهبود دارند و روی بهترین نحوه حمایت از آنها تمرکز کنند. در واقع این افراد در مرحله‌ای قرار دارند که باید از مراکز خدمات کودکان به مراکز خدمات سلامت روان بزرگسالان منتقل شوند. ضمناً باید توجه داشته

-
1. dyscalculia
 2. formal testing
 3. executive dysfunction
 4. frontal lobe systems
 5. dyslexia
 6. lifespan perspective

باشیم که این گذار^۱ صرفاً یک توصیه‌ی تمرینی برای سلامت روان نیست، زیرا بسیاری از این افراد در مرحله‌ی بلوغ جسمانی و هیجانی‌اند و در واقع در یک گذار شخصی قرار دارند (یانگ، مورفی، کایگل، ۲۰۱۱). در این دوره، نوجوانان به شکل فزاینده‌ای خودمختار می‌شوند، چون از نقش‌های کودکی به نقش‌های بزرگسالی گام می‌نهند، یعنی تصمیمات مهم و تعیین‌کننده‌ای در مورد آینده‌شان اتخاذ می‌کنند، اهداف و باورهای کلیدی تعیین می‌کنند و مسئولیت رفتارشان را بر عهده می‌گیرند. به موازات این فرایند، آزمون نقش^۲ قرار دارد که به شکل‌گیری خودپنداره^۳ و رشد هویت فردی و اجتماعی آنها منجر می‌شود. تحول نوعی نوجوانان، با خطر فزاینده‌ی رفتارهای پرخطر و مرگ‌آور مانند مصرف مواد، تصادف و خودزنی همراه است (هافنر و آن در، ۱۹۹۷). اواخر نوجوانی دوره پرخطری است، زیرا مشکلات سلامت روان و پیچیدگی‌های روانی بیشتر می‌شود. در واقع در همین زمان است که اختلالات روانی مهمی مثل روان‌پریشی و اختلال دوقطبی رواج بیشتری پیدا می‌کنند (گودوین، ۲۰۰۹؛ پارک و دیگران، ۲۰۰۶). این دوره همچنین زمان تغییر چشمگیر محیطی و روانی اجتماعی است؛ انتقال از مدرسه به دانشگاه/ کار و ورود به روابط جدید، و گاه تشکیل خانواده و ترک منزل پدری. اجبار نوجوانان با علائم پایدار ADHD برای انتقال به مراکز خدمات بالینی جدید، مغایر با این پیش‌زمینه است. آنها به‌خاطر شرایط سلامت روان زیربنایی‌شان و رشد ناقصی که داشته‌اند، از چنین انتقالی صدمه می‌بینند (وایل و دیگران، ۲۰۰۴). نوجوانان مبتلا به ADHD عموماً بازخورد منفی از سمت بزرگسالان دریافت می‌کنند و اغلب خودکارآمدی^۴ ندارند. بنابراین احساس می‌کنند برای مقابله با چالش‌ها و مشکلات پیش‌رو چندان مجهز نیستند. پس تلاش می‌کنند از طریق یک خزانه‌ی ناکافی از مهارت‌های سازشی و مقابله‌ای با مشکلات کنار آیند (یانگ، ۲۰۰۵؛ یانگ و دیگران ۲۰۰۵a). بنابراین گذار میان مراکز خدماتی (انتقال از مراکز خدمات کودکان به مراکز بزرگسالان) درست موقع افزایش آسیب‌پذیری (دوره نوجوانی) اتفاق می‌افتد؛ دوره‌ای که افراد احتمالاً نیازمند دریافت مشورت و حمایت مراکز خدماتی مطمئن یا اشخاص معتمد مثل متخصصان سلامت روان باشند.

مشکل وقتی پیش می‌آید که در این مرحله برخی امور خوب پیش نرود و نگرانی‌ها از بابت خطرات انتقال میان مراکز خدمات ADHD در این دوره افزایش یابد. از قضا در مورد افراد مبتلا به ADHD، اواخر دوره نوجوانی را با این ویژگی می‌شناسند که بیماران از مراکز خدمات سلامت فاصله می‌گیرند. این اتفاق به دلیل مصرف نکردن دارو و حدود ۲۱ سالگی روی می‌دهد (مک‌کارتی و دیگران، ۲۰۰۹). رها کردن درمان نمی‌تواند ملاک میزان بهبود خودبه‌خودی علائم باشد، چون حدود دوسوم

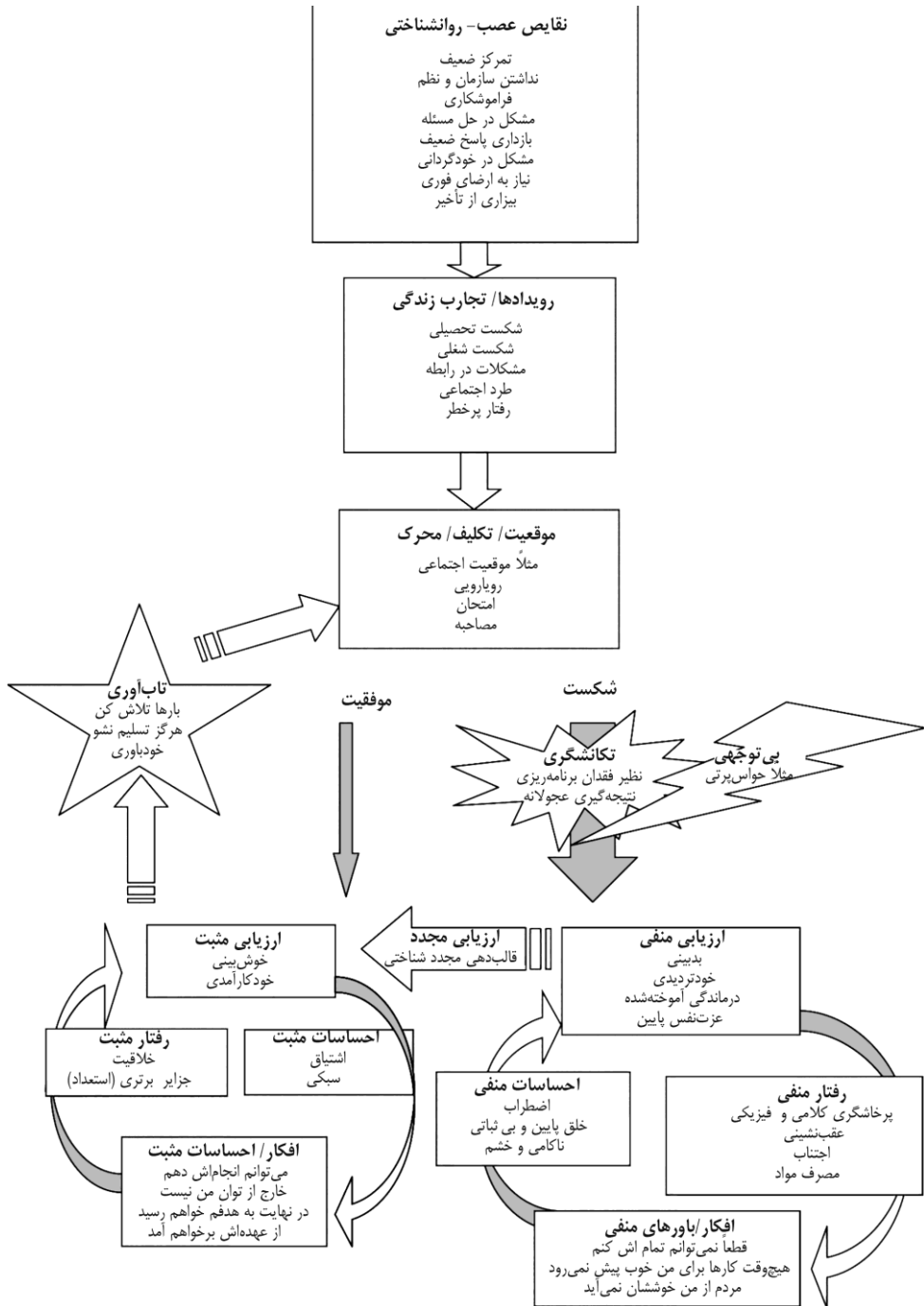
1. transition
 2. role experimentation
 3. self-concept
 4. self-efficacy

مبتلایان، در سن ۲۵ سالگی همچنان از نقائص مرتبط با علائم رنج می‌برند (فاراوونه، بیدرمن و مایک، ۲۰۰۶). بسیار مهم است که مراکز خدمات سلامت، همکاری خود را با افراد نوجوان ادامه دهند. یک راه می‌تواند مداخلات روان‌شناختی در وضعیت نوجوان باشد تا بازداری از رها کردن درمان برآورده شده و مرحله گذار به کمک چارچوبی کل‌نگرانه^۱ که بر نیازهای تحولی افراد تحت درمان متمرکز است تسهیل شود. به‌رغم اینکه این افراد جوان، به احتمال زیاد وقتی پذیرش می‌شوند که در مرحله تحولی قرار دارند، چنین مداخلاتی به‌ندرت اجرا می‌شود (یانگ، مرفی و کاگیل، ۲۰۱۱).

دلایل پشت‌پرده کاهش استفاده از مراکز خدماتی پرشمار است، اعم از تمایل به خودمختاری، ترک تحصیل، کاهش احساس نیاز بیمار به دارو برای کنترل علائم، کاهش احساس نیاز والدین و معلمان با رشد فرد، و نیز تغییرات محیطی فرد بر اثر مطالبات شناختی گوناگون (مثل ترک تحصیل و شروع کارهایی که فرد در آنها مهارتی ندارد). ممکن است نوجوان خدمات مراقبت بزرگسالان را قبول نداشته باشد که می‌تواند ناشی از بی‌میلی به «شروع مجدد» کار درمانی با یک تیم پزشکی جدید باشد. ممکن است به‌موازات آنکه نوجوان مسئولیت‌های مهم‌تری را بر عهده می‌گیرد و وابستگی کمتری به حمایت والدین احساس می‌کند، موعد ویزیت را فراموش کند یا تصمیم بگیرد مصرف داروها را قطع کند. یا شاید بخواهد از انگلی که به‌خاطر مراجعه به مراکز خدمات سلامت روان بزرگسالان می‌خورد، اجتناب کند. کاهش تمایل به استفاده از مراکز خدماتی، می‌تواند نشانگر این احساس باشد که ADHD نیازمند مدیریت درمانگران مجرب است، پس ارائه نسبتاً ضعیف خدمات به نوجوانان مسن‌تر و افراد جوان مبتلا، یا فقدان هماهنگی بین مراکز خدمات‌رسانی محلی می‌تواند مؤثر باشد. دسترسی محدود به مطالب آموزش روانی، می‌تواند در بی‌اطلاعی نوجوانان مبتلا و خانواده‌هایشان از تغییرات احتمالی علائم با بالا رفتن سن، سهم داشته باشد. دانش ناکافی متخصصان سلامت کودک در مورد تغییرات احتمالی نحوه بروز علائم ADHD با افزایش سن، می‌تواند به دست‌کم گرفتن علائم از سوی آنها، ترخیص پیش‌از‌موعد بیمار و فقدان احساس نیاز به ارزیابی، اولویت‌بندی و گذر مناسب از کودکی به نوجوانی منجر شود (کوویچ و دیگران، ۲۰۱۰؛ مک کارتی و دیگران، ۲۰۰۹). به‌طورمشابه، فقدان چنین دانشی می‌تواند به شناخت ناکافی علائم در بزرگسالان مراجعه‌کننده به تیم‌های مراقبت از سلامت روان جامعه منجر شود (آشرسون، ۲۰۰۵).

مدل شناختی-رفتاری ADHD

در ادامه بر اساس پژوهش و تجربه کار درمانی با افراد مبتلا به ADHD، نوعی مدل شناختی-رفتاری برای صورت‌بندی نحوه بروز اختلال پیشنهاد داده‌ایم (شکل ۱.۱). کار با شکل و شخصی‌سازی



شکل ۱.۱.۱. مدل شناختی- رفتاری ADHD در بزرگسالان