



ویراست دوم

**رفتار درمانی شناختی
برای اختلال نقص
توجه - بیش‌فعالی
بزرگسالی**

یک رویکرد یکپارچه روانی-اجتماعی و پزشکی

فهرست مطالب

مقدمه مترجم	۷
رفتاردرمانی شناختی برای اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی بزرگسالی	۹
مقدمه	۱۳
قدردانی	۱۹
فصل ۱ اختلال نقص توجه بیش‌فعالی بزرگسالی	۲۵
فصل ۲ مدل‌های درمانی	۱۱۱
فصل ۳ شواهد پژوهشی در خصوص CBT و داروها در درمان ADHD بزرگسالی	۲۴۱
فصل ۴ نمونه‌هایی از موارد بالینی	۲۷۶
فصل ۵ عوامل پیچیده‌ساز	۳۳۶
فصل ۶ حفظ درمان و پیگیری	۳۷۵
پیوست ۱ منابع غیررسمی درباره ADHD بزرگسالی	۳۹۵
پیوست ۲ طرح کلی یک جلسه معمول CBT برای ADHD بزرگسالی	۳۹۹
پیوست ۳ طرح کلی یک دوره ۲۰ جلسه‌ای/۶ ماهه CBT برای ADHD بزرگسالی	۴۰۰
پیوست ۴ داروهای متداولی که برای درمان ADHD بزرگسالی تجویز می‌شوند	۴۰۳
منابع	۴۰۷
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۴۲۹
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۴۳۱

مقدمه

کتاب همسر مسافر زمان (نیفنگر، ۲۰۰۳)، داستان مردی به نام هنری دیتمبل را روایت می‌کند که یک بیماری ژنتیکی («اختلال مزمن») داشته و این بیماری موجب می‌شود به صورت ناگهانی و غیر منتظره به گذشته و آینده زندگی خود سفر کند. او نمی‌تواند هیچ چیزی با خود ببرد و باید در هر جا از خط زمانی زندگی‌اش قرار می‌گیرد از نو شروع کند. رویدادهای پراسترس، موجب انتقال او به زمانی دیگر می‌شود و او راه‌هایی را برای نجات خود پیدا می‌کند و حتی عاشق زنی به نام کلیر می‌شود که در ملاقات‌های دوره‌ای‌شان باهم رابطه برقرار می‌کنند و ازدواج می‌کنند. هنری در میان بسیاری از موضوعات دیگر کتاب، بخش زیادی از زندگی‌اش را صرف شرایط غیر قابل پیش‌بینی‌اش کرد و به دلیل اینکه مفهوم او از زمان به‌طور مکرر و غیرمنتظره چندپاره می‌شد، صرفاً در حال تلاش برای به‌دست آوردن حس منسجمی از زندگی و رابطه بود.

به نظر نمی‌رسد شباهت چندانی بین داستان عاشقانه مسافر زمان و اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (ADHD) وجود داشته باشد. ADHD یک نشانگان رشدی-عصبی^۱ مادام‌العمر است که اغلب با افکار و اعمال مهارنشده و سازمان‌نیافته‌ای همراه است که در واقع از رایج‌ترین ویژگی‌های آن است. با این حال، زیربنای این علائم، این واقعیت نهفته است که ADHD، مشکلی مرتبط با خودتنظیمی^۲ ضعیف است، به این معنا که تلاش‌های مهم و جنبه‌های مختلف زندگی به‌طور مکرر و ناگهانی قطع شده و از مسیر منحرف می‌شود. آنچه در مورد وضعیت هنری دیتمبل غم‌انگیز است، این است که او نمی‌تواند در مسیر زندگی به جلو حرکت کند و از لحظات، روابط و فعالیت‌های شغلی منسجم لذت ببرد و در عوض باید مقاصدش را بسته به شرایطش بازآفرینی کند. در بزرگسالان مبتلا به ADHD، کشمکش بر سر این مسئله است که با وجود آگاهی آن‌ها از

1. Neurodevelopmental syndrome
2. self-regulation

اهمیت برنامه‌های خود و توانایی آن‌ها در انجامشان، نمی‌تواند آن‌ها را به‌طور مستمر پیگیری کنند. نقل قولی از این بیماران هست که در سراسر این کتاب تکرار خواهد شد، «من به‌طور دقیق می‌دانم چه کاری باید انجام دهم، اما آن را انجام نمی‌دهم».

اگرچه تشخیص ADHD در افراد مبتلا به آن مشترک است، احتمال دارد مسیرهای رشدی^۱ متفاوتی برای شروع علائم ADHD وجود داشته باشد که شاید مسیرهای مختلف را برای ایجاد شبکه‌های مغزی مختلف به هم پیوند می‌دهند. نیمرخ‌های علائم و تظاهرات بالینی و هم‌چنین وضعیت‌های همزمان متفاوتی وجود دارد. با این حال، راه‌های بی‌شماری نیز برای «انجام ندادن کارها» وجود دارد که مشکلاتی را در زندگی روزمره بزرگسالان مبتلا به ADHD ایجاد می‌کند.

علاوه بر این، ADHD یک نشانگان رشدی-عصبی است، به این معنی که مانند افسردگی یا حملات وحشت‌زدگی^۲، مشکلات در دوره‌های مجزا رخ نمی‌دهد. بلکه، در ADHD، تأخیرها یا مشکلات مداومی وجود دارد که با یک دوره تحولی خاص ناهماهنگ است. برخی از مطالعاتی که کودکان مبتلا به ADHD را تا بزرگسالان پیگیری کرده‌اند، نشان داده‌اند که حتی اگر افراد از لحاظ نداشتن علامت در حالت فروکش باشند، ممکن است هنوز از اثرات ماندگار مشکلات قبلی از نظر محدودیت‌هایی که در کارکرد بزرگسالان ایجاد کرده است رنج ببرند؛ بنابراین، حتی افرادی که با بزرگ شدن، ADHDشان برطرف می‌شود، نمی‌توانند از آن «فرار کنند».

تشخیص مادام‌العمر ADHD، فرد را در معرض خطر تخریب‌های متعدد در حوزه‌های مختلف زندگی قرار می‌دهد. این وضعیت با مشکلات کارکردی گسترده با شدت‌های متفاوت همراه است که می‌تواند کاملاً مخرب باشد و به اقدامات جدی برای مدیریت آن نیاز باشد. از این گذشته، همین مشکلات خودتنظیمی که با کارکرد فرد تداخل دارند، ادامه درمان را نیز مختل می‌کنند.

ما پژوهشگران بالینی، یک روان‌شناس و یک روان‌پزشک هستیم که در تشخیص و درمان ADHD بزرگسالی تخصص داریم. ما برنامه پژوهشی و درمان ADHD بزرگسالی را در دانشکده پزشکی پرلمن دانشگاه پنسیلوانیا راه انداختیم و به‌صورت مشترک آن را مدیریت می‌کنیم. وقتی این برنامه را در سال ۱۹۹۹ شروع کردیم، راهنمای تجربی کمی

1. developmental pathways
2. Panic attack

برای درمان ADHD بزرگسالی وجود داشت. پژوهش‌هایی در مورد درمان‌های دارویی برای ADHD بزرگسالی وجود داشت که برآمده از رویکردهای درمانی و داروهای مورد استفاده برای کودکان مبتلا به ADHD بود، اگرچه دامنه‌گزینه‌ها در آن زمان محدودتر از اکنون بود. در آن زمان، هیچ پیامد پژوهی در مورد درمان‌های روانی-اجتماعی برای ADHD بزرگسالی وجود نداشت. مأموریت اصلی ما برای این برنامه، گردآوری یک ارزیابی تشخیصی دقیق و جامع بود که با آن بزرگسالان مبتلا به ADHD را به‌طور دقیق شناسایی کنیم و درمانی ترکیبی متشکل از دارودرمانی و درمان روانی-اجتماعی طراحی کنیم. به نظر ما و همکاران حرفه‌ای مان که به نتیجه‌گیری مشابه و مستقلی رسیده بودیم، رفتاردرمانی شناختی (CBT) مدلی از درمان روانی-اجتماعی را ارائه می‌دهد که می‌تواند با نیازهای بزرگسالان مبتلا به ADHD منطبق شده و با سایر بالینگران به اشتراک گذاشته شود. ما به‌عنوان بالینگران متخصص، هم‌چنین متوجه شدیم که باید بتوانیم درمان را با توجه به نیازهای فردی، نیمرخ‌های علائم و خلق‌وخوی هر بیمار منطبق کنیم؛ بنابراین، یکی دیگر از مأموریت‌های ما ایجاد درمان‌هایی بود که پشتوانه‌تجربی داشته باشند و از نظر بالینی مفید باشند.

ویراست اول این کتاب خلاصه‌ای از رویکرد درمانی ترکیبی ما برای بزرگسالان مبتلا به ADHD در آن زمان را نشان می‌دهد. این رویکرد حاصل تجربیات بالینی ما و هم‌چنین یک پیامد پژوهی منتشر شده بود (روستین و رمزی، ۲۰۰۶ پ). با اینکه مدل اصلی درمان برای خوانندگان نسخه‌اول آشنا خواهد بود، در طول این سال‌ها شاهد تحولات مثبت زیادی در مفهوم‌سازی ADHD بزرگسالی و هم‌چنین در درمان آن با داروها و CBT بوده‌ایم. امیدواریم ویراست جدید کتاب هم‌چنان برای بسیاری از خوانندگان مفید باشد و بینش‌های جدیدی را حتی برای خوانندگانی که ویراست اول را مطالعه کرده‌اند به دنبال داشته باشد. مانند ویراست قبلی، این کتاب را به‌عنوان یک منبع درمان‌گرپسند برای متخصصان باتجربه سلامت روان نوشته‌ایم که به دنبال راهنمایی برای ساختاربندی درمان برای بیماران بزرگسال مبتلا به ADHD خود هستند. نسخه‌اصلاح‌شده، توجه و تأکید مداوم ما را به راهبردهای عملی‌سازی نشان می‌دهد. منظور از راهبردهای عملی‌سازی، مداخلاتی است که کمک می‌کند احتمال به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای مرور شده در اتاق مشاوره، توسط بیماران افزایش یابد. به‌عبارت دیگر، این رویکردها به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که درمان در ذهن فرد «حک» شود و

مطمئن شوند که بیماران مهارت‌های مقابله‌ای خود را در «لحظه عمل» به کار می‌گیرند. ما برخی از مداخلات خاص مورد استفاده در کار بالینی خود را توضیح داده‌ایم و علاقه خود را در به‌کارگیری راهبردهای عملی‌سازی گسترش داده‌ایم تا به بزرگسالان مبتلا به ADHD کمک کنیم تا از راهبردهای مقابله‌ای در مواجهه با شرایطی که به‌کارگیری این راهبردها دشوار است، استفاده کنند. علی‌رغم این واقعیت که ADHD نتیجه تفکر منفی نیست، ما همچنان مداخلات اصلاح شناختی برای رویکرد کلی CBT در درمان ADHD و به‌ویژه برای رسیدگی به کمبودهای انگیزشی مشاهده شده در ADHD بزرگسالی را ضروری می‌دانیم.

مأموریت دیگر برنامه درمان و پژوهش ADHD بزرگسالی، آموزش بالینی است. امید است ویراست دوم، منبعی برای بالینگران تحت آموزش و برنامه‌های آموزش بالینی برای متخصصان بالینی سلامت روان باشد. متخصصان باتجربه‌ای که در درمان ADHD بزرگسالی تجربه ندارند نیز ممکن است این ویراست کتاب را در کار خود مفید بدانند. تعدادی از پیامدپژوهی‌های منتشر شده در مورد درمان‌های روانی-اجتماعی برای ADHD بزرگسالی، رویکرد ما را در سال‌های پس از شروع برنامه و آموزش، تأیید کرده‌اند. امیدواریم کتاب ما به افزایش بحث تجربی کمک کند و قصد داریم در آینده به انجام مطالعات بالینی ادامه دهیم.

فصل اول توصیفی از علائم مشاهده شده در بیماران مبتلا به ADHD بزرگسالی، اختلال‌های همبودی که به‌طور معمول با آن همراه می‌شوند، مشکلات کارکردی روزانه‌ای که این بیماران تجربه می‌کنند، اطلاعاتی در مورد شیوع ADHD بزرگسالی و داده‌ها و نظریه‌های علمی کنونی در مورد سبب‌شناسی آن ارائه می‌دهد. در این فصل، توجه ویژه‌ای به تغییرات ایجاد شده در تشخیص ADHD در DSM-5 (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و همچنین پژوهش‌های اخیر در مورد کارکردهای اجرایی، کمبودهای انگیزشی و شبکه‌های عصبی دخیل در ADHD شده است. فصل اول با مروری بر اجزای ضروری یک ارزیابی تشخیصی جامع برای ADHD بزرگسالی به پایان می‌رسد که می‌تواند زمینه را برای درمان فراهم کند.

فصل دوم بر توصیف راهبردهای درمانی‌ای تمرکز دارد که به‌طور معمول برای بزرگسالان مبتلا به ADHD استفاده می‌شود. ما خلاصه‌ای از چارچوب CBT خود را

برای درک و درمان ADHD بزرگسالی (از جمله استفاده از مفهوم‌سازی موردی^۱ برای حفظ دیدگاهی کلی از بسیاری از عوامل مؤثر بر کارکرد بیمار) ارائه می‌کنیم. در این فصل توضیحات بیشتری در مورد مداخلات خاص و چگونگی افزایش به‌کارگیری آن‌ها پس از خروج بیماران از اتاق مشاوره وجود دارد. راهبردهای دارو شناختی برای درمان علائم اصلی ADHD و بیماری‌های همراه در این فصل مرور می‌شوند. فرضی اساسی در این رویکرد این است که بیماران باید یاد بگیرند که با ADHD خود با روش‌هایی مقابله کنند که برایشان قابل فهم‌تر باشد. در نهایت، خلاصه‌ای از یک دوره درمانی را بیان می‌کنیم که ترکیبی از دارودرمانی و CBT است. این دوره درمانی شامل مداخلات خاص شناختی، رفتاری و مبتنی بر مهارت در یک مدل درمان ۲۰ جلسه‌ای است که حدود ۶ ماه طول می‌کشد. اگرچه اذعان داریم که این چارچوب زمانی ممکن است برای برخی بیماران قابل اجرا نباشد (برخی ممکن است به جلسات کمتری نیاز داشته باشند، برخی ممکن است به جلسات بسیار بیشتری نیاز داشته باشند) این طرح درمان، ابتکاری مفید برای فکر کردن دربارهٔ پایه‌ریزی درمان است.

فصل ۳ به پشتوانهٔ پژوهشی کنونی برای درمان‌های مختلف مورد بحث در فصل ۲ می‌پردازد. پیامدپژوهی‌های^۲ زیادی در خصوص درمان‌های روانی-اجتماعی برای ADHD بزرگسالی (از جمله چندین طرح تصادفی کنترل‌شده) وجود دارد. هم‌چنین از زمان اولین ویراست کتاب و پیامدپژوهی‌های داروشناختی در حال انجام، داروهای جدیدی برای استفاده این بیماران تأیید شده‌اند.

فصل ۴ بر ارائهٔ چهار مثال موردی جدید متمرکز است که با آن‌ها، مشکلات رایجی که بیماران با آن‌ها برخورد می‌کنند، روش‌های ارزیابی و رویکرد درمانی ترکیبی خود را در عمل نشان می‌دهیم. ما برخی از رایج‌ترین مسائل و چالش‌های بالینی را انتخاب کرده‌ایم، از جمله موردی که در آن بیمار برای درمان مراجعه می‌کند و آن را رها می‌کند.

فصل ۵ به مرور عوامل پیچیده‌سازی می‌پردازد که ممکن است در روند درمان ADHD بزرگسالی پیش آید. از جمله موضوعات مورد بحث، چگونگی اثرگذاری علائم ADHD بر پایبندی و پیگیری درمان (به عنوان مثال، فراموشی قرار ملاقات، پیگیری ضعیف تکالیف درمانی)، مدیریت سوء استفاده بیماران از داروها (هم عدم استفاده و هم سوء مصرف)،

1. case conceptualization
2. outcome studies

مقابله با اختلالات همراه و سوء مصرف مواد، پرداختن به حساسیت بیماران نسبت به شکست و طرد شدن، مقابله با انتظارات غیرواقع‌بینانه در مورد آنچه درمان می‌تواند ارائه دهد و مدیریت اتحاد درمانی (از جمله اشتباهات رایج درمانگران) است.

فصل ششم و آخرین فصل به مسائل مربوط به پیشگیری از عود و کمک به بیماران در حفظ مقابله مؤثر پس از پایان درمان می‌پردازد. در این فصل توضیح می‌دهیم که هدف CBT «کنار گذاشتن درمانگر» از طریق توانمندسازی بیماران برای استفاده مستقل از راهبردهای مقابله‌ای، ایجاد تغییر در شیوه زندگی برای یادگیری مدیریت علائم ADHD و در صورت نیاز، درخواست کمک در قالب جلسات حمایتی^۱ یا مساعدت‌های دیگر است. ما هم‌چنین به نحوه رسیدگی به عوامل مختلف مرتبط با استفاده طولانی‌مدت از داروها برای مدیریت علائم ADHD می‌پردازیم.

پیوست‌ها، ارجاعات سریعی را برای منابع اضافی مانند کتاب‌ها و وبسایت‌های معتبر خودیاری برای خواننده‌ها فراهم می‌کند تا در اختیار بیماران خود قرار دهند. علاوه بر این، جدول‌هایی را ارائه کردیم که نکات اصلی موارد زیر را خلاصه می‌کند؛ (۱) یک جلسه معمول CBT برای ADHD بزرگسالی؛ (۲) یک دوره ۲۰ جلسه‌ای CBT؛ (۳) داروهایی که به‌طور معمول تجویز می‌شوند، محدوده دوز و عوارض جانبی.

ADHD می‌تواند اختلالی بسیار گیج‌کننده باشد. برای کسانی که از آن رنج می‌برند، ADHD مسائل پیش پا افتاده زندگی را دشوار می‌کند و چالش‌های مورد انتظار زندگی را غیر قابل حل نشان می‌دهد و باعث می‌شود بسیاری احساس کنند که توانایی خود را شکوفا نکرده‌اند یا در زندگی «شکست» خورده‌اند. برای متخصصان بالینی که می‌خواهند به این بیماران کمک کنند، ADHD ارزیابی و درمان را پیچیده‌تر می‌کند و برای رویکردهای دارودرمانی و روان‌درمانی استاندارد چالش‌هایی را ایجاد می‌کند. ما امیدواریم که این کتاب با کمک به متخصصان بالینی برای درک بهتر علائم ADHD بزرگسالی، تدوین برنامه‌های درمانی مؤثرتر و کمک به بیماران در تلاش برای دستیابی به اهدافشان، مفید بودنش را در عمل نشان دهد. امیدواریم این کتاب با انجام این کار، برای دانش آموزان، سرپرستان، بالینگران و مهم‌تر از همه برای بزرگسالان مبتلا به ADHD مفید باشد.

۱ اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی بزرگسالی

تشخیص، علائم، سبب‌شناسی و ارزیابی

لیندا، زن ۴۱ ساله متأهلی است که به گفته خودش برای تجربه بحران میان‌سالی هنوز خیلی جوان است. با در نظر گرفتن همه جوانب، زندگی خوبی دارد و ازدواج و زندگی خانوادگی‌اش باثبات است. سال گذشته هر دو فرزند او به سن مدرسه رسیدند و زمان زیادی را در مدرسه سپری می‌کردند. به این علت لیندا در طول روز زمان آزاد بیشتری برای انجام کارهای مورد علاقه‌اش داشت. او اهداف شخصی زیادی داشت، از جمله گذراندن چند واحد درسی باقی‌مانده برای گرفتن مدرک دانشگاهی‌اش که می‌خواست آن‌ها را دنبال کند. اما با پایان سال تحصیلی فرزندان‌اش، لیندا متوجه شد که نه‌تنها، پیشرفتی در هیچ‌یک از اهدافش نداشته، بلکه او حتی نمی‌دانست زمانش را چگونه سپری کرده است. مدتی پیش، او کتابی در مورد اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (ADHD) خوانده بود و با خودش فکر کرده بود که چقدر این علائم با زندگی او همخوانی دارد، اما هیچ‌گاه به دنبال درمان نرفته بود. بعد از سرازیر شدن اشک‌هایش موقع صحبت با همسر در خصوص شکست‌هایش، به این توافق رسیدند که لیندا باید به دنبال ارزیابی ADHD بزرگسالی برود.

یان یک دانشجوی ۲۳ ساله است که «در آستانه جوانی‌اش» در حال آماده شدن برای ثبت نام سال ششم دانشگاه است. او پس از داشتن مشکلاتی در دانشگاه از جمله تعلیق تحصیلی بعد از اولین سال تحصیل، به اصرار خانواده‌اش به دنبال ارزیابی ADHD است. والدین یان از زمانی که او در مقطع راهنمایی بود مشکوک به ADHD بوده‌اند، اما او همیشه با حمایت و مشارکت والدینش عملکردی «به اندازه کافی خوب» داشت. مسیر تحصیلی او در دانشگاه اغلب شامل عقب افتادن از کارهایش، حذف و

گذراندن مجدد بسیاری از دروس بود که موجب شده در ۲۵ سالگی تازه بتواند فارغ‌التحصیل شود. او وقتی بیشتر دوستانش را می‌دید که در زندگی‌شان پیشرفت می‌کنند، متوجه شد تا او درسش را تمام کند «پیر» شده است، هم‌چنین هر ترم با دروس سطح بالاتری از رشته خود روبه‌رو است، از این رو تصمیم گرفت تصمیم گرفت تسلیم خواسته والدینش شود و ارزیابی ADHD را انجام دهد.

جیسون، در آستانه ۳۰ سالگی‌اش است. او در کودکی و نوجوانی‌اش همیشه «پرسروصدا» توصیف شده بود. او در مدرسه، یک دانش‌آموز متوسط بود، اما معلمانش اغلب بیان می‌کردند که عادات درسی و کاری او ناپایدار و بی‌ثبات هستند. او انرژی‌اش را صرف ورزش می‌کرد و ورزشکاری ماهر بود که هرگز سمت مواد مخدر یا الکل نرفته بود و تصور می‌شد که در مسیر دریافت بورسیه برای بازی چوگان در دانشگاه باشد؛ اما یکسری از جراحات جدی و جراحی‌های متوالی، حرفه ورزشی جیسون را از مسیر خارج کرد. او تناسب خود را از دست داد و در نهایت به داروهای مسکنی که برای جراحاتش تجویز شده بود اعتیاد پیدا کرد. پس از شرکت محدود در برنامه‌های توان‌بخشی و سایر درمان‌ها، جیسون ۹ ماه بود که داروها را ترک کرده بود و پاک بود، اما در خانه با والدینش زندگی می‌کرد و غیر از قرار ملاقات‌های درمانی، زندگی‌اش هیچ نظم و برنامه‌ای نداشت. علاوه بر این، به‌نظر می‌رسید او قادر نیست از پیشنهادها مشاورش برای پیدا کردن شغل، ثبت‌نام در دانشگاه یا تلاش ارزشمند دیگری پیروی کند. والدین جیسون در مورد ADHD و اعتیاد تحقیق‌هایی انجام دادند و فکر کردند که ارزش دارد جیسون را متقاعد کنند تا ارزیابی شود.

هارولد، مرد ۵۰ ساله متأهلی است که با همسر و دو فرزند نوجوانش زندگی می‌کند. او پیشینه‌ای طولانی از استخدام‌های پیاپی در زمینه فروش دارد اما در سال گذشته بیکار بوده است. هارولد بعد از اینکه همسرش، کارول، به دلیل اینکه از بی‌تفاوتی او برای یافتن شغل باوجود وضعیت مالی وخیم خانواده ناامید شده بود و تلویحاً گفته بود قصد جدایی دارد، برای انجام ارزیابی موافقت کرد. این مسائل، موضوع اصلی در زوج‌درمانی آن‌ها بود و کارول از اینکه به‌تنهایی خرج زندگی را

دریباورد، مسائل مالی را مدیریت کند و امور خانه را سازمان‌دهی کند ابراز عصبانیت کرد. زوج‌درمانگر متوجه شد که پیشینهٔ هارولد به‌طور کامل منطبق با ADHD است و پیشنهاد کرد که یک ارزیابی رسمی انجام شود. هارولد برای اینکه کارول را آرام کند با ارزیابی موافقت کرد و گفت که برادر و برادرزادهٔ نوجوانش، مبتلا به ADHD تشخیص داده شده بودند. هارولد با وجود اینکه پذیرفت اوضاع وخیم است و لازم است اولین قدم را برای نشان دادن حسن نیتش به کارول و فرزندان بردارد ولی بلافاصله قرار ارزیابی را از دست داد.

مقدمه

سعی کرده‌ام تغییراتی را اعمال کنم که دوستان، دکترها و کتاب‌های ADHD پیشنهاد کرده‌اند، اما این‌ها به من کمکی نکرد. دقیقاً می‌دانم چه چیزی را باید انجام دهم ولی نمی‌توانم آن را انجام دهم. من می‌توانم فرد دیگری را در مورد کاری که باید انجام دهد راهنمایی کنم ولی نمی‌توانم توصیه‌های خودم را دنبال کنم. درمان می‌تواند برای من چه کاری انجام دهد که متفاوت از آنچه باشد که بیشتر امتحان کرده‌ام و نتیجه نداده است؟

هرکدام از بیمارانی که توصیف شدند، یعنی همهٔ آن‌هایی که تشخیص ADHD بزرگسالی گرفتند، این سؤال را به شکلی پرسیده‌اند. این کتاب، پاسخ مفصلی را برای این سؤال دارد که بیشتر مراجعه‌کنندگان به برنامهٔ پژوهشی و درمانی ADHD بزرگسالی در دانشکدهٔ پزشکی پرل من دانشگاه پنسیلوانیا از ما پرسیده‌اند.

پاسخ مختصر ما به بیماران با توجه به تجربه‌ای که در ارزیابی و درمان ADHD بزرگسالی داریم، این است که تخصص ما کمک به افراد برای رسیدن به درکی دقیق‌تر و شخصی‌سازی شده از چگونگی «انجام ندادن کارها» است. با رسیدن به این درک، به افراد کمک می‌کنیم تا راهبردها و تدابیری را ایجاد و از آن‌ها استفاده کنند که با مورد هدف قرار دادن راه‌هایی که ADHD در استفاده از آنها تداخل ایجاد می‌کند، مقابلهٔ مؤثر را ارتقاء می‌دهند. این راهبردها از مهارت‌های مقابله‌ای تشکیل شده‌اند که بیماران

پیش‌تر به‌طور ناموفقی سعی کرده‌اند به‌تنهایی به کار گیرند؛ بنابراین، ما نیز بر راهبردهای عملی‌سازی برای هدف قراردادن مشکلات انگیزشی و عملکردی روزمره بزرگسالان مبتلا به ADHD تأکید می‌کنیم. راهبردهای عملی‌سازی شامل مراحل و یا تدابیر خاص برای شناسایی و کار روی موانع آشکار (و برخی موانع کمتر آشکار) مرتبط با ADHD است. برای این منظور، ما دریافتیم که چارچوب رفتاردرمانی شناختی (CBT) که با مسائل منحصربه‌فرد بزرگسالان مبتلا به ADHD منطبق شده است، اغلب در ترکیب با درمان دارویی، مؤثر است.

با این حال، قبل از این که به تفصیل به مدل CBT برای ADHD بزرگسالی و مداخلات خاص پردازیم، لازم است درک درستی از ADHD و تأثیرات آن بر افراد جویای درمان (مانند موارد فوق) داشته باشیم؛ (ناگفته نماند که اکثریت قریب به اتفاق این افراد، درمان تخصصی برای ADHD دریافت نمی‌کنند [کسلر و همکاران، ۲۰۰۶]). باید نقش ADHD را در چگونگی انجام ندادن کارها درک کنیم؛ همان‌طور که ما این کار را در مورد بیماران خود انجام می‌دهیم. هدف این فصل، ارائه مروری اجمالی از ملاک‌های تشخیصی رسمی ADHD و توصیف علائم و ویژگی‌های آن است. بعد از معرفی این علائم، پژوهش‌هایی را در زمینه تداوم ADHD در طول عمر و شیوع آن در جمعیت، وضعیت‌های همبود^۱ رایج و پیامدهای زندگی بزرگسالان مبتلا به ADHD مرور خواهیم کرد. ما هم‌چنین مروری مختصر بر درک علمی کنونی درباره سبب‌شناسی زیربنایی ویژگی‌های قابل مشاهده ADHD خواهیم داشت و در نهایت یک طرح کلی از مؤلفه‌های یک ارزیابی جامع تشخیصی برای ADHD بزرگسالی ارائه می‌دهیم.

قبل از ورود به این بخش‌ها، می‌خواهیم به برخی از عواملی پردازیم که باعث شده ADHD به‌عنوان یک تشخیص بحث‌برانگیز شناخته شود یا روایی^۲ آن هنوز در برخی منابع زیر سؤال باشد. علاوه بر این، به دیدگاه معاصر در مورد ADHD می‌پردازیم که ارزیابی و درمان و چالش‌های موجود در هر یک از این تلاش‌های بالینی را بیان می‌کند.

1. comorbid
2. validity

ADHD وضعیتی فوق‌العاده مبهم و گیج‌کننده است. برای افراد مبتلا به ADHD، بسیاری از جنبه‌های زندگی روزانه که برای بیشتر مردم بدیهی است، دشوارتر به نظر می‌آید. ناهماهنگی ظاهری در عملکرد آنها یعنی عملکرد خوب در برخی موقعیت‌ها و ناتوانی در سایر موقعیت‌ها بر این دشواری می‌افزاید. وقتی علائم ADHD به صورت مجزا مورد مشاهده قرار می‌گیرد، اغلب فقط به شکل ویژگی‌ها یا دردسرهای آزاردهنده در نظر مشاهده‌کننده‌ها ظاهر می‌شود و منجر به شکل‌گیری این دیدگاه می‌شود که «همه ADHD دارند». با این حال، اثرات پایدار و فراگیر علائم ADHD می‌تواند به طور پنهانی و شدید در نشان دادن دانش فرد در محیط تحصیلی، شکوفا کردن پتانسیل فرد در محل کار، برقراری و حفظ روابط بین فردی و داشتن خودکارآمدی برای پرورش، پیگیری و دستیابی به اهداف شخصی منطقی اختلال ایجاد کند. هیچ «لحظه واحدی از اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی» به شدت مشکل‌ساز نیست اما اثر تجمعی الگوی طولانی‌مدت این مشکلات می‌تواند ویرانگر باشد.

ADHD با اختلال مکرر در اقدامات شخصی فرد، یکپارچگی و پیوستگی بسیاری از جنبه‌های زندگی را از بین می‌برد که افراد از طریق آن‌ها احساسشان نسبت به خود و هویتشان را شکل می‌دهند؛ بنابراین، وسعت و عمق مشکلاتی که افراد مبتلا به ADHD با آن روبه‌رو می‌شوند، این اختلال را به جای عنوان یک وضعیت «آزاردهنده»، در دسته مخرب‌ترین اختلال‌ها در بین بیماران سرپایی مراقبت‌های بهداشت رفتاری^۱ قرار می‌دهد.

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به همان اندازه برای متخصصان سلامت روان گیج‌کننده است. بیشتر متخصصان بالینی، آموزش رسمی را برای سنجش و درمان اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، به خصوص برای بیماران بزرگسال، دریافت نکرده‌اند. تفکیک نشانه‌های اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی از دیگر اختلال‌های شناخته‌شده‌تر روان‌پزشکی دشوار است و احتمال بیشتری دارد که ویژگی‌های آن نادیده گرفته شود یا آشکارا رد شود. از طرف دیگر، به همان اندازه امکان تشخیص اشتباه اختلال نقص

توجه - بیش‌فعالی بر اساس تصاویر محدود از زندگی و تعداد انگشت‌شماری از علائم گزارش شده بیمار بدون بررسی کافی سابقه عملکرد بیمار و در نظر گرفتن علل جایگزین مشکلات وجود دارد. همین نام خاص «نقص توجه» می‌تواند گمراه‌کننده باشد. افراد مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی توانایی توجه به تکالیف جالب، پاداش‌دهنده یا به‌نوعی جذاب را دارند، هرچند آن‌ها در تغییر جهت توجه و تخصیص توجه به تکالیف کم‌اهمیت‌تر مشکل دارند. این مشکلات گوناگون در فرایند شناسایی ADHD موجب شده تا این اختلال، در زمره اولین تشخیص‌های روان‌پزشکی بحث‌برانگیز قرار گیرد.

مشخص کردن علائم ADHD بسیار دشوار است؛ چراکه تعیین مرز بین سطوح عادی رفتار و شروع مشکلات بالینی معنادار روی طیف عملکرد دشوار است. در روان‌شناسی و روان‌پزشکی، مسائل به‌جای یک خط مرزی مشخص، معمولاً از نظر تفاوت در درجه سنجیده می‌شوند. همان‌طور که ادموند بورک هنگام بررسی تمایز بین روز و شب مشاهده کرد «اگرچه مرز مشخصی بین روز و شب وجود ندارد، با این حال هیچ‌کس منکر تفاوت بین آن‌ها نمی‌شود» (نقل از هالول و ریتی، ۱۹۹۴، ص. ۱۹۵).

در طول نگارش ویراست اصلاح‌شده این کتاب، ملاک‌های تشخیصی رسمی بیانگر ADHD در جدیدترین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم [DSM-5]؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا [APA]، ۲۰۱۳) به‌روز شد. جدا از برخی تغییرات جزئی در عبارات، معیارهای علائم ADHD هم‌چنان از معیارهای تعیین‌شده در مطالعات نمونه‌های کودک و نوجوان استخراج می‌شود و آن‌طور که باید و شاید منعکس‌کننده پژوهش‌های اخیر در مورد بزرگسالان مبتلا به ADHD نیست (مک‌کاف و بارکلی، ۲۰۰۴).

با استفاده از معیارها و دستورالعمل‌های تشخیصی DSM-5 به‌عنوان یک چارچوب، مراحل وجود دارد که می‌توان برای بهبود دقت تشخیصی انجام داد که در ادامه این فصل به آن‌ها خواهیم پرداخت. فرایند ارزیابی حتی برای بالینگرانی که در ADHD بزرگسالی متخصص هستند، می‌تواند دشوار باشد. در مقایسه، بسیاری از مشکلات فیزیکی یا طبی با توجه به یک رویداد یا آسیب خاص (به‌عنوان مثال، شکستگی دست

پس از ضربه در یک بازی فوتبال)، شروع علائم (مانند تب و تهوع در فصل آنفولانزا)، یا سایر تجاربی که نشان‌دهنده یک تغییر قابل توجه در کارکرد فیزیکی بهنجار باشد، شناسایی می‌شوند. در بیشتر موارد، این علائم ممکن است در یک سیستم فیزیکی خاص متمرکز شوند و احتمال دارد فقط اثرات محدودی بر فعالیت‌های مرتبط با احساس فرد نسبت به خودش داشته باشند (به‌عنوان مثال، به‌تویق انداختن بازی فوتبال تا زمان بهبودی استخوان شکسته؛ استراحت در بستر برای آنفولانزا).

روانشناسی بالینی و روان‌پزشکی رشته‌هایی هستند که فرایند تشخیصی در آن‌ها پیچیده است، زیرا به‌طور معمول تفکیک تغییر در کارکرد از کارکرد معمول فرد دشوارتر است. هم‌چنین مشخص کردن تعریفی دقیق از «کارکرد بهنجار» برای تعیین اینکه چه زمانی یک تجربه غیرمعمول است و نیاز به توجه دارد، دشوار است. چه زمانی خلق پایین تا چند هفته پس از بازگشت به محل کار از تعطیلات به‌جای سازگاری عادی با یک شغل استرس‌زا، منعکس‌کننده یک دوره افسردگی اساسی است؟ چه زمانی داشتن خلق و خوی خجالتی به اختلال اضطراب اجتماعی تبدیل می‌شود؟ نوشتن بیش از حد «در جمع» در چه مرحله‌ای به سوء مصرف الکل تبدیل می‌شود؟

مشاهده علائم ADHD اغلب دشوار است (اگرچه غیرممکن نیست). ویژگی‌های مشخصه ADHD ممکن است وجود داشته باشد اما هنوز تا آن حد مشکل ایجاد نکرده باشد که به‌عنوان تخریب در نظر گرفته شود. همان‌طور که در جاهای دیگر اشاره شد، ADHD را می‌توان شبیه باد در نظر گرفت یعنی شخص واقعاً باد را «نمی‌بیند»، بلکه آن را به واسطه تأثیراتش مشاهده می‌کند، مانند شاخه‌ها یا کاغذهای رها که در نسیم حرکت می‌کنند (رمزی، ۲۰۱۰ ب). با این حال، طیف غیرقابل‌انکاری از شدت باد از نسیم ملایم تا تندباد وجود دارد. علاوه بر این، اثرات شدت باد را نمی‌توان بدون در نظر گرفتن زمینه تعریف کرد. بادهای نسبتاً شدید برای کسی که قایق بادبانی را هدایت می‌کند، حتی اگر مفید هم نباشد، قابل مدیریت هست. از سوی دیگر، یک نسیم تند برای حراجی وسایل یا یک نمایش هنری در فضای باز بسیار مخرب خواهد بود.

مدل‌های علمی معاصر برای درک ADHD وجود دارد که «قابلیت مشاهده» آن را افزایش می‌دهد. ما و دیگران معتقدیم که «A» و «H» در سرواژه ADHD گمراه‌کننده