

غلبه بر اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در نوجوانان با رویکرد شناختی-رفتاری (راهنمای درمانگر)

تألیف

سوزان اسپریچ

استیون سافرن

ترجمه

دکتر مهدی زمستانی

استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه کردستان

متینه آزادبخت

کاندیدای دکتری روان‌شناسی

نعیمه رضوانی مقدم

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی



مقدمه: اطلاعاتی برای درمانگران..... ۹

ماژول ۱: اساس چگونگی سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی بهتر..... ۲۹

فصل ۱: جلسه ۱: مروری بر برنامه..... ۳۱

فصل ۲: جلسه ۲: والدین چگونه می‌توانند کمک کنند؟ اولین جلسه والدین/نوجوان..... ۴۷

فصل ۳: جلسه ۳: ابتدا مهم‌ترین کارها را انجام دهید..... ۵۹

فصل ۴: جلسه ۴: وقتی کارها انجام نمی‌شود چه کاری انجام دهیم: تقسیم وظایف و حل مشکل..... ۶۹

فصل ۵: جلسه ۵: چگونه همه چیز را سازمان‌دهی کنیم..... ۷۹

ماژول ۲: چگونه به راه خود ادامه دهیم و دچار حواس‌پرتی نشویم..... ۸۹

فصل ۶: جلسه ۶: اندازه‌گیری دامنه توجه و تأخیر در حواس‌پرتی..... ۹۱

فصل ۷: جلسه ۷: تنظیمات را بهینه کنید..... ۱۰۱

ماژول ۳: چگونه مربی بهتری باشیم..... ۱۱۱

فصل ۸: جلسه ۸: فکر کردن، احساس کردن، رفتار کردن..... ۱۱۳

فصل ۹: جلسه ۹: خودمربی‌گری..... ۱۳۳

فصل ۱۰: جلسه ۱۰: والدین چگونه می‌توانند کمک کنند؟ دومین جلسه والدین/نوجوان..... ۱۴۹

۱۵۹.....	ماژول ۴: مهارت‌های اضافی.....
۱۶۱.....	فصل ۱۱: جلسه ۱۱: به تعویق نیندازید اهمال‌کاری نکنید.....
۱۷۳.....	فصل ۱۲: جلسه ۱۲: ادامه دهید.....
۱۸۳.....	ماژول ۵: جلسات مربی‌گری اختیاری برای والدین بدون حضور نوجوان.....
۱۸۵.....	فصل ۱۳: جلسه ۱۳: مربی‌گری برای والدین جلسه ۱: بین جلسات ۳ تا ۵ نوجوان.....
۱۹۱.....	فصل ۱۴: جلسه ۱۴: جلسه دوم مربی‌گری برای والدین: بین جلسات ۷ تا ۹ نوجوان.....
۱۹۶.....	ضمیمه.....
۲۰۹.....	منابع.....

مقدمه: اطلاعاتی برای درمانگران

این کتاب برای راهنمایی درمانگرانی مناسب است که عموماً با درمان شناختی-رفتاری^۱ (CBT) آشنا هستند یا از یک رویکرد هدایت‌شده برای درمان با نوجوانان پیروی می‌کنند. رویکردی که این درمان به کار می‌برد، ادغام ساخت مهارت آموزشی با تکنیک‌هایی برای حفظ انگیزهٔ بهینه در جهت تغییر است و به جلسات اجازه می‌دهد تا یکدیگر را تقویت کنند.

از آنجایی که اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی^۲ (ADHD) شامل مشکلاتی در توجه است، بنابراین تمرین کلیدی، تمرکز بر توجه است. همچنین، دلیل وجود کتابچهٔ راهنمای درمانگر و کتاب کار مراجع، کمک به نوجوانان مبتلا به ADHD برای کسب اطلاعات به دو روش مختلف است: شفاهی از طرف درمانگر و کتبی در کتاب کار مراجع. برای کمک به نوجوانان مبتلا به ADHD، تکرار کردن کلیدی است که کمک می‌کند مهارت‌هایی را بیاموزند که می‌توانند به اندازهٔ کافی از آن‌ها استفاده کنند تا انجام این مهارت‌ها آسان شود. از این رو، توصیه می‌کنیم که تمام مطالب ارائه‌شده در کتاب کار مراجع در جلسات درمانی نیز ارائه شود و مراجعین شما یک نسخه از کتاب کار خود را داشته باشند تا بتوانند برای سؤالاتی که ممکن است پیش بیاید به آن مراجعه کنند.

ما اصطلاح «نوجوان» را به‌طور گسترده تعریف می‌کنیم. این راهنما را می‌توان برای کودکانی که وارد مدرسه راهنمایی می‌شوند (تقریباً ۱۱ سال) تا بزرگسالان جوانی که از دانشگاه فارغ‌التحصیل می‌شوند (تقریباً ۲۲ سال) استفاده کرد. در قسمت‌های مختلف کتاب توضیح می‌دهیم که چگونه مهارت‌ها را هنگام کار با افراد در سطوح مختلف رشد تطبیق دهیم. هر یک از جلسات درمانی مبتنی بر جلسات قبلی است. در صورت لزوم، توصیه می‌کنیم قبل از اینکه به مهارت‌های جدید بروید، زمان بیشتری را صرف

1- Cognitive Behavioral Therapy

2- Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder

مهارت‌هایی کنید که هنوز بر آن تسلط نیافته‌اند. اولین مازول مهارت‌ها در مورد سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی است. ما این مازول را پایه‌ای برای همه مازول‌های بعدی می‌دانیم، بنابراین توصیه می‌کنیم به اندازه‌ای که برای یادگیری این مهارت‌ها لازم است زمان صرف کنید تا شانس موفقیت درمان را به حداکثر برسانید. ما معتقدیم که همه این مازول‌ها مهم هستند و ترتیب ارائه جلسات روش مناسبی برای ارائه اطلاعات است. با این حال، اگر با مراجعی کار می‌کنید که به نظر می‌رسد ارائه مهارت‌ها به ترتیبی متفاوت برای او منطقی است (نوجوان در برخی زمینه‌ها مشکلاتی را نشان می‌دهد اما در برخی دیگر مشکلات را نشان نمی‌دهد یا اختلالات همراه قابل توجهی را تجربه می‌کند)، رویکرد را به گونه‌ای که برای شما و مراجع منطقی است متناسب کنید چراکه منجر به موفقیت درمان خواهد شد.

اطلاعات پس‌زمینه و هدف این برنامه

اطلاعات در مورد اعتبار ADHD به‌عنوان یک تشخیص

با اطمینان می‌توان گفت که ADHD یک اختلال عصبی-بیولوژیکی است. مطالعات درمان روان-دارویی (به ویلنز و همکاران، ۱۹۹۸ الف مراجعه کنید)، مطالعات ژنتیکی، از جمله فرزندخواندگی (کانتول، ۱۹۷۲؛ موریسون و استوارت، ۱۹۷۳؛ اسپریچ، بیدرمن، کرافورد، موندی و فاراون، ۲۰۰۰) و مطالعات خانوادگی (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۱، ۱۹۹۲، ۱۹۸۶، بیدرمن، ۱۹۸، بیدرمن، ۱۹۸۶، بیدرمن، ۱۹۸۶، بیدرمن کینان و تسوانگ، ۱۹۹۱؛ گودمن، ۱۹۸۹؛ گودمن و استیونسون، ۱۹۸۹؛ موریسون، ۱۹۸۰؛ لاهی و همکاران، ۱۹۸۸؛ سیفر، ۱۹۷۳؛ استیونسون، پنینگتون، گیلگر، دفریس و گیلیس، ۱۹۹ و گیلیس، ۱۹۹. آفورد، ۱۹۹۳)؛ و تحقیقات تصویربرداری عصبی و شیمی اعصاب (به‌عنوان مثال، اسپنسر، بیدرمن، ویلنز و فاراون، ۲۰۰۲؛ زامتکین و لیوتا، ۱۹۹۸) و تحقیقات ژنتیک مولکولی (به آدلر و چوا، ۲۰۰۲ مراجعه کنید) همگی از ADHD به‌عنوان یک تشخیص مطابق با دستورالعمل‌های استاندارد تشخیصی معتبر پشتیبانی می‌کنند. (به‌عنوان مثال، اسپیتزر و ویلیامز، ۱۹۸۵).

میزان شیوع ADHD در نوجوانی بین ۵ تا ۱۰ درصد تخمین زده شده است (مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC)، ۲۰۱۰؛ فرگوسن، هورود و لینسکی، ۱۹۹۳؛ مورفی و بارکلی، ۱۹۹۶؛ ورهولست، ون در انده، فردیناند و کاسوس، ۱۹۹۷). ADHD یک اختلال روانپزشکی است که با اختلال در توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری مشخص

می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). تحقیقات قبلی نشان می‌دهد که ADHD اختلالی است که فقط در دوران کودکی دیده می‌شود، زیرا با بلوغ کودکان، اغلب علائم بهبودی پیدا می‌کنند (هیل و شونر، ۱۹۹۶). با این حال، تحقیقات جدیدتر نشان می‌دهد که ۵۰ تا ۸۰ درصد از افرادی که در کودکی مبتلا به ADHD تشخیص داده شده‌اند، همچنان در نوجوانی و بزرگسالی علامت‌دار خواهند بود (بارکلی، فیشر، ادبروک و اسمالیش، ۱۹۹۰؛ بارکلی، فیشر، اسمالیش و فلچر، ۲۰۰۴؛ بیدرمن، پتی، ایوانز، اسمال و فارون، ۲۰۱۰). در حالی که ADHD تا سال‌های نوجوانی و بزرگسالی ادامه دارد، درمان‌های روانی اجتماعی در نوجوانان و بزرگسالان نسبت به کودکان کوچک‌تر مورد مطالعه قرار نگرفته است (کرونیس، جونز و راگی، ۲۰۰۶؛ کافه و همکاران، ۲۰۰۱).

علائم اصلی ADHD عبارت‌اند از:

- اختلال در توجه
- اختلال در بازداری
- اختلال در خودتنظیمی

این علائم اصلی باعث ایجاد اختلالات مرتبط در فعالیت‌های اصلی زندگی مانند فعالیت‌های آموزشی و عملکرد شغلی می‌شوند (مانند مشکل در سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی، به‌آسانی خسته شدن، نقص در توجه مداوم برای خواندن و تکالیف درسی، اهمال‌کاری، مدیریت زمان ضعیف، تصمیم‌گیری تکانشی)، اختلال در مهارت‌های بین فردی (مشکلات در روابط دوستانه، پیگیری ضعیف تعهدات، مهارت‌های ضعیف گوش دادن، مشکل در روابط صمیمانه) و سایر مشکلات رفتار انطباقی (عملکرد تحصیلی ضعیف در مقایسه با توانایی، مدیریت مالی ضعیف، مشکل در سازمان‌دهی خانه، بی‌نظمی در فعالیت‌های روزمره، ترک مشاغل یا روابط حتی زمانی که به‌خوبی پیش می‌روند). علاوه بر این، تحقیقات نشان می‌دهد که بزرگسالان مبتلا به ADHD در معرض خطر بالای سوءمصرف مواد و درگیر شدن در رفتارهای پرخطر، از جمله رانندگی پرخطر و رفتارهای جنسی پرخطر هستند (برای بررسی به بارکلی، مورفی و فیشر، ۲۰۰۸ مراجعه کنید).

معیارهای تشخیص ADHD

به‌طور کلی، تشخیص ADHD توسط یک متخصص سلامت روان با استفاده از تعریف

ارائه‌شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (۵-DSM؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) انجام می‌شود. ۵-DSM علائم و سایر الزامات موردنیاز برای واجد شرایط بودن افراد را در تمام اختلالات روان‌پزشکی فهرست می‌کند. برای برآوردن معیارهای ADHD، افراد باید حداقل شش علامت از ۹ علامت احتمالی بی‌توجهی و/یا شش علامت از ۹ علامت احتمالی بیش‌فعالی/تکانشگری را داشته باشند. اگر فردی شش علامت یا بیشتر را فقط در دسته بی‌توجهی داشته باشد، می‌گوییم که دارای ADHD عمدتاً با تظاهرات بی‌توجهی است. اگر تنها در رده بیش‌فعالی/تکانشگری شش علامت یا بیشتر داشته باشد، می‌گوییم که دارای ADHD، عمدتاً با تظاهرات بیش‌فعالی/تکانشی است. اگر فردی شش علامت یا بیشتر در هر دو دسته داشته باشد، می‌گوییم که دارای ADHD، تظاهرات ترکیبی است. در بزرگسالان، تنها پنج علامت از ۹ علامت بی‌توجه، بیش‌فعالی/تکانشی یا ترکیبی لازم است تا معیارهای کامل ADHD برآورده شود.

علائم بی‌توجهی شامل موارد زیر است: عدم توجه دقیق به جزئیات، مشکل در حفظ توجه در کارها، به نظر می‌رسد که وقتی مستقیم با آن‌ها صحبت می‌شود گوش نمی‌دهند، عدم رعایت دستورالعمل‌ها، مشکل در سازمان‌دهی وظایف، اجتناب از وظایفی که نیاز به تلاش ذهنی مداوم دارد، آن‌ها مکرراً وسایل‌شان را گم می‌کنند، به راحتی حواس‌شان پرت می‌شود و فراموش کار هستند.

علائم بیش‌فعالی/تکانشی شامل بی‌قراری، ترک مکرر صندلی، احساس بی‌قراری، ناتوانی در شرکت در فعالیت‌های بی‌سروصدا، همیشه «در حال حرکت» بودن، بیش‌ازحد صحبت کردن، پاسخ دادن به سؤالات بدون تأمل، مشکل در منتظر ماندن در صف‌ها و قطع مکرر حرف دیگران است. علاوه بر این، فرد باید برخی از علائم را حداقل قبل از سن ۱۲ سالگی داشته باشد، علائم باید حداقل در دو موقعیت مختلف وجود داشته باشد، علائم باید به‌وضوح در توانایی فرد برای عملکرد تداخل داشته باشد و باید واضح باشد که علائم با یک اختلال روانی دیگر بهتر توضیح داده نمی‌شوند (APA, ۲۰۱۳).

تمایز بین ADHD به‌عنوان یک تشخیص و عملکرد طبیعی

به نظر می‌رسد که برخی از علائم ذکرشده برای تشخیص ADHD تقریباً ممکن است برای هرکسی در زمان‌های خاص صدق کند. به‌عنوان مثال، می‌توان گفت که بسیاری از نوجوانان (هرکسی) گاهی به راحتی حواس‌شان پرت می‌شود یا در سازمان‌دهی مشکل دارند. این در واقع در مورد بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی صدق می‌کند. به‌عنوان

مثال، همه گاهی اوقات غمگین می‌شوند، اما همه از تشخیص بالینی افسردگی رنج نمی‌برند.

برای در نظر گرفتن تشخیص ADHD برای یک نوجوان، آن فرد باید مشکلات قابل توجهی در برخی از جنبه‌های زندگی خود مانند کار، مدرسه یا روابط داشته باشد. همچنین، برای اینکه تشخیص مناسب باشد، ناراحتی و اختلال باید ناشی از ADHD باشد نه اختلال دیگری. انجام یک ارزیابی کامل برای رد این احتمال که علائم منعکس‌کننده یک اختلال روان‌پزشکی دیگر باشد، مهم است.

درمان ADHD با داروها

اگرچه دارو می‌تواند یک درمان مؤثر برای افراد مبتلا به ADHD در تمام سنین باشد، با این حال تلاش‌های درمانی بیشتری برای بسیاری از مبتلایان به این اختلال ضروری است؛ که این در مورد نوجوانان بیشتر صدق می‌کند (ویلنز و همکاران، ۲۰۰۶). در ادبیات علمی، افرادی که به داروهای ADHD پاسخ می‌دهند (کسانی که به‌عنوان «تقریباً بهبودیافته» یا «کاملاً بهبودیافته» رتبه‌بندی می‌شوند) همچنان می‌توانند علائم باقیمانده و اختلال قابل توجهی را پس از درمان دارویی داشته باشند (ویلنز و همکاران، ۲۰۰۶؛ کرونیس و همکاران، ۲۰۰۶). از دیگر مسائل بالینی مرتبط با دارودرمانی در نوجوانان عوارض جانبی و نگرانی‌های ایمنی طولانی‌مدت دارو است (لرنر و ویگال، ۲۰۰۸). از آنجایی که پزشکان مزایا و معایب استفاده طولانی‌مدت از دارو را برای هر مراجع، کودک یا نوجوان به‌صورت فردی ارزیابی می‌کنند، بنابراین تمایل به درمان‌های تکمیلی برای این گروه سنی را با خانواده‌ها به اشتراک می‌گذارند.

بسیاری از نویسندگان اشاره کرده‌اند که در مورد درمان‌های روانی اجتماعی برای نوجوانان مبتلا به ADHD نیاز به تحقیقات بیشتر وجود دارد (کرونیس و همکاران، ۲۰۰۶؛ ایوانز، اوونز و بانفورد، ۲۰۱۴). در بررسی ایوانز، اوونز و بانفورد، نویسندگان بین درمان‌های رفتاری که در آن والدین یا معلمان باید موارد احتمالی را دست‌کاری کنند و مداخلات آموزشی که در آن مهارت‌ها مستقیماً به فرد آموزش داده می‌شود، تفاوت قائل شدند. نویسندگان این بررسی می‌گویند که مداخلات آموزشی ممکن است روش درمانی ترجیحی برای نوجوانان باشد، زیرا (۱) نوجوانان با معلمان متعددی روبرو می‌شوند، (۲) والدین با دقت کمتری بر نوجوانان نظارت دارند و (۳) گاه ارائه پاداش‌های برجسته برای نوجوانان دشوار است؛ بنابراین، برنامه درمانی ما در جهت رفع این نیاز است.

توسعه این برنامه درمانی

این برنامه درمانی شناختی‌رفتاری ابتدا در گروه روان‌پزشکی بیمارستان عمومی ماساچوست (دانشکده پزشکی هاروارد)، توسعه یافته و مورد آزمایش قرار گرفت. ما در ابتدا این برنامه درمانی را در بزرگسالان مبتلا به ADHD استفاده کرده و اثربخشی آن را مورد مطالعه قرار داده‌ایم. پس از اینکه نتایج امیدوارکننده‌ای از مطالعات بزرگسالان به دست آمد، برنامه درمانی را برای استفاده در نوجوانان اصلاح کردیم. ما آن را در مجموعه کوچکی از نوجوانان آزمایش کرده و از آن در کار بالینی خود استفاده کردیم تا آن را در یک کتابچه راهنمای کاربر تطبیق دهیم. همچنین کار آزمایشی تصادفی کنترل شده کوچکی را از درمان انجام داده (در ادامه توضیح داده خواهد شد) و در نسخه فعلی دستورالعمل‌های درمانی را اصلاح کردیم.

برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی

بسیاری از نوجوانان مبتلا به ADHD متوجه می‌شوند که با سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی مشکل دارند: دشواری در فهمیدن مراحل منطقی و خاص برای تکمیل وظایفی که طاقت‌فرسا به نظر می‌رسند. این دشواری برای بسیاری از نوجوانان، به‌الگویی از تسلیم شدن، به تعویق انداختن، تجربه اضطراب و حتی تجربه احساس بی‌کفایتی و کم‌کاری تبدیل می‌شود.

به‌عنوان مثال، مراجعین نوجوان ما اغلب مشکلات بلندمدتی را در تکمیل تکالیف در مدرسه و پر کردن درخواست‌های دانشگاه گزارش می‌کنند.

حواس پرتی

مشکلات مربوط به حواس پرتی در درجه اول شامل مشکلاتی در مدرسه و هنگام تکمیل تکالیف است. بسیاری از مراجعین ما گزارش می‌دهند که وظایف خود را کامل نمی‌کنند زیرا چیزهای کم‌اهمیت دیگری مانع تمرکز بر تکلیف می‌شوند. به‌عنوان مثال می‌توان به نشستن پشت کامپیوتر برای کار روی یک مقاله یا پروژه اشاره کرد، اما دائماً با جستجوی وبسایت‌های خاص یا چک کردن فضای اجتماعی حواس‌شان پرت می‌شود. یکی از نوجوانان که برنامه ما را به پایان رساند، گزارش داد که سعی کرده تکالیف خود را درحالی‌که در حال تماشای یک برنامه در رایانه خود بوده و تلفنش روی میز در کنار او

قرار داشته، انجام دهد. او گزارش داد از اینکه ساعات زیادی طول کشید تا تکالیفش را انجام دهد (بسیار بیشتر از آن چیزی که فکر می‌کرد باید طول بکشد) متعجب شده است.

مشکلات خلقی (مرتبط با افسردگی و اضطراب)

علائم اصلی ثانویه در افراد مبتلا به ADHD مشکلات خلقی است. بسیاری از مراجعین ما مشکلات خلقی دارند. این مشکلات شامل نگرانی در مورد رویدادهای زندگی، غم و اندوه در مورد عملکرد ضعیف واقعی یا فرضی است. بسیاری از نوجوانان مبتلا به ADHD احساس ناامیدی شدیدی در مورد وظایفی که به‌خوبی انجام نمی‌دهند یا اصلاً انجام نمی‌دهند، گزارش می‌کنند.

تحقیق در مورد این برنامه درمانی

ما این درمان را ابتدا برای بزرگسالان توسعه دادیم و سپس آن را بر نوجوانان منطبق کردیم. دو کارآزمایی تصادفی و کنترل‌شده را با بزرگسالان انجام دادیم. اولین مورد (سافرن و همکاران، ۲۰۰۵) که اثر مداخله CBT به همراه دارو را با دارو به‌تنهایی در ۳۱ بزرگسال مبتلا به ADHD مقایسه کردند. بر اساس نتایج موفقیت‌آمیز پژوهش، مطالعه بعدی یک مطالعه کارآمد بود که نسخه بزرگسال این مداخله را در کودکان بزرگ‌تر از ۵ سال مقایسه می‌کرد (CBT در مقایسه با درمان ریلکسیشن به‌علاوه حمایت آموزشی RES و ادامه داروها؛ به سافرن و همکاران، مراجعه کنید ۲۰۱۰). در هر دو مطالعه، وضعیت CBT از شرایط مقایسه در نتایج فرضی، با استفاده از علائم و شدت رتبه‌بندی شده ADHD توسط ارزیاب مستقل، بهتر بود.

درحالی‌که روی آزمایش‌ها با بزرگسالان کار می‌کردیم، برنامه خود را برای کار با مراجعین نوجوان تطبیق دادیم. ما احساس می‌کردیم که بسیاری از مهارت‌هایی که برای مراجعین بزرگسال مفید است برای مراجعین نوجوان نیز مفید خواهد بود، با این حال اصلاحاتی لازم بود تا مراحل مختلف رشد مراجعین نوجوان را منعکس کند.

اول، ما روش‌هایی را برای گنجانیدن والدین در چند جلسه درمانی به‌طور کامل و در پایان هر جلسه ایجاد کرده‌ایم که این در درمان بزرگسالان به‌صورت تک جلسه‌ای برای درگیری شرکای زندگی انجام می‌شود. با این حال، برای نوجوانان، ما احساس کردیم مهم

است که والدین را به میزان بیشتری درگیر کنیم تا بتوانند از مهارت‌هایی که نوجوانان یاد می‌گیرند آگاه شوند و حمایت کنند. والدین و نوجوانان مبتلا به ADHD اغلب با مشکلات ارتباطی مواجه هستند (رابین، ۱۹۹۸). مشارکت والدین به درمانگران فرصتی می‌دهد تا والدین را نیز به همراه نوجوانان در مورد این مسائل راهنمایی کنند. این مشارکت همچنین به حل مسئله در مورد اینکه چگونه والدین می‌توانند حمایت اجتماعی مثبت از فرزند نوجوان خود را در مقابل حمایت اجتماعی منفی ارائه کنند، امکان‌پذیر است، چیزی شبیه به آنچه ما با همسران/شریک‌های بزرگسالان مبتلا به ADHD روی آن کار کرده‌ایم.

مجموعه عمده‌ای از اصلاحات شامل اولویت دادن به تکالیف مدرسه و تمرکز بر تکنیک‌هایی برای سازمان‌دهی تکمیل کردن تکالیف مدرسه بود. ما بر خودمربی‌گری تأکید می‌کنیم (اتو، ۲۰۰۰) تا به نوجوانان کمک کنیم در مورد کارشان سازگارتر فکر کنند و از نظر ذهنی برای کاری که باید انجام دهند آماده شده و از تفکر منفی اجتناب کنند. درنهایت، ما استفاده از فناوری (برنامه‌ها، وبسایت‌ها و برنامه‌هایی را که می‌توان با تلفن‌ها، تبلت‌ها و لپ‌تاپ‌ها استفاده کرد) در صورت امکان برای کمک به نوجوانان برای پیگیری وظایف و جلسات/قرارهای خود در نظر می‌گیریم.

با توجه به تحقیق در مورد این برنامه با نوجوانان، اول یک آزمایش کنترل‌شده با این برنامه درمانی را در ۳ نوجوان انجام دادیم (اسپریچ، بربریچ، لرنر و سافرن، ۲۰۱۵). ما دریافتیم که شرکت‌کنندگان درمان را به‌خوبی تحمل می‌کنند و از این مشارکت مزایایی را تجربه کردند که این مزایا از نمرات پایین‌تر در علائم ADHD و بهبود نمرات برداشت کلی بالینی پس از درمان مشهود است. این مطالعه زمینه را برای کار آزمایشی تصادفی بزرگ‌تر ما از این رویکرد فراهم کرد (اسپریچ، سافرن، فینکلشتاین، رمرت و هم‌رئیس ۲۰۱۶). در مطالعه اسپریچ و همکاران (۲۰۱۶)، نتایج نشان داد که CBT یک درمان روانی اجتماعی مؤثر برای نوجوانان مبتلا به ADHD است. شرکت‌کنندگان در مطالعه شامل ۴۶ نوجوان بین ۱۴ تا ۱۸ سال با تشخیص اولیه ADHD بودند که دارو مصرف می‌کردند. شرکت‌کنندگان ۱۰ جلسه انفرادی CBT (با حضور والدین در ۱۰ دقیقه آخر هر جلسه) و دو جلسه را که والدین آن‌ها به طور کامل همراه نوجوان در آن حضور داشتند را تکمیل کردند. ما همچنین دو جلسه اختیاری را با والدین بدون حضور نوجوان ارائه دادیم. نتایج ما بهبودهایی را در سه معیار نشان داد: ارزیاب مستقل (IE) ارزیابی والدین را از علائم ارزیابی کرد، IE ارزیابی علائم نوجوانان را رتبه‌بندی کرد و IE استرس کلی و اختلال در علائم نوجوانان را رتبه‌بندی کرد.

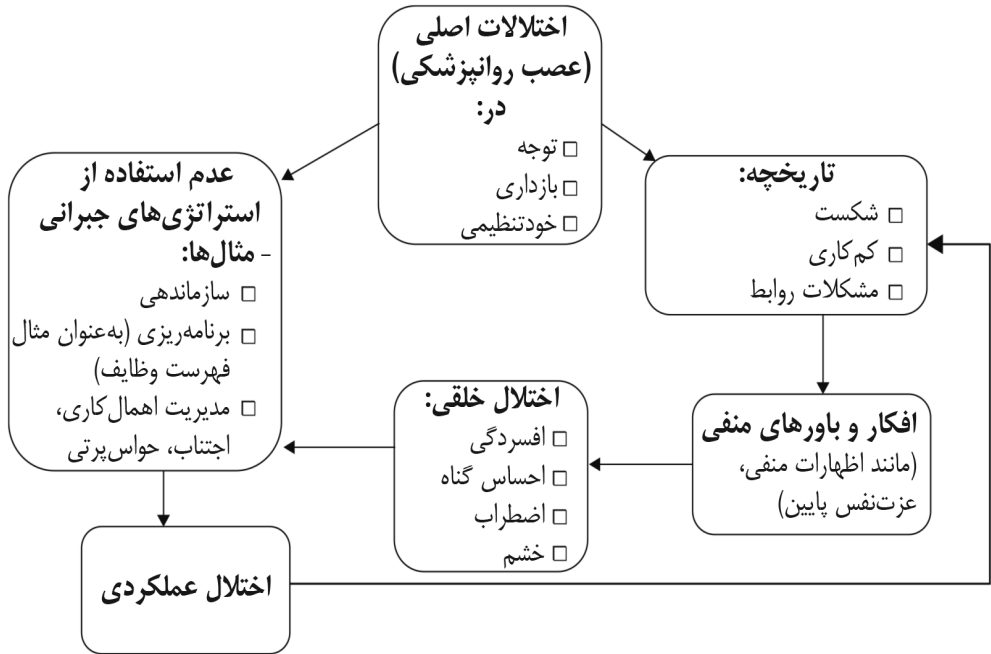
دربارهٔ درمان شناختی رفتاری

با وجود اینکه کتابچهٔ راهنمای درمانگر برای درمانگرانی طراحی شده است که تجربهٔ اندکی در زمینهٔ CBT دارند، برخی اطلاعات مهم نیز در اینجا ارائه شده است. بسیاری از نوجوانان مبتلا به ADHD و والدین آنها دربارهٔ CBT چیزی نشنیده‌اند. برای کسانی که نام CBT را شنیده‌اند، ممکن است انواع دیگری از CBT را تصور کنند، مانند CBT برای اضطراب که شامل انجام مواجهه‌درمانی است. CBT برای ADHD شامل کار مستقیم با نوجوان برای آموزش مهارت‌ها و همچنین کار با والدین برای تغییر رفتار والدین و تقویت استفاده از مهارت‌های نوجوان است. درصد زمان صرف شده برای این فعالیت‌ها ممکن است بسته به سن و سطح رشد نوجوان و نیازهای هر خانواده متفاوت باشد.

بخش قابل توجهی از نوجوانان ممکن است انواع دیگری از درمان، مانند درمان حمایتی یا روان‌درمانی روان‌پویشی را امتحان کرده باشند. به منظور ایجاد زمینه‌ای برای درک اینکه این رویکرد کاملاً متفاوت از رویکردهای قبلی است که تاکنون امتحان کرده‌اند، توضیحاتی داده شود (به‌عنوان مثال، جلسات دارای دستور کار هستند، درمان مدولار است و نیاز به تمرین فعال خارج از جلسه‌ای دارد که مهم‌تر از آنچه در خود جلسه انجام می‌شود، است در نظر گرفته شده است). به نظر ما مهم است که بتوانیم به سؤالات مربوط به این مدل از رویکرد درمانی پاسخ دهیم. برخی از این اطلاعات نیز در کتاب کار مراجع ارائه شده است.

■ مؤلفهٔ شناختی، درمان شناختی رفتاری: مؤلفه‌های شناختی شامل افکار و باورهایی است که می‌توانند علائم ADHD را تشدید کنند. به‌عنوان مثال، شخصی که با چیزی روبه‌رو می‌شود که آن را طاقت‌فرسا می‌بیند، ممکن است توجه خود را به جای دیگری معطوف کند یا به چیزهایی مانند: «من نمی‌توانم این کار را انجام دهم» یا «من نمی‌خواهم این کار را انجام دهم» یا «بعداً این کار را انجام خواهم داد» فکر کند. این افکار به ایجاد احساسات منفی کمک می‌کند که می‌تواند در تکمیل موفقیت‌آمیز کار اختلال ایجاد کند. بخشی از این درمان شامل ارائهٔ راه‌های مختلف برای سازگارانه فکر کردن در مورد مسائل است.

■ مؤلفه رفتاری، درمان شناختی رفتاری: مؤلفه‌های رفتاری، رفتارها یا کارهایی هستند که افراد انجام می‌دهند که می‌تواند علائم ADHD را تشدید کند. رفتارها می‌تواند شامل مواردی مانند اجتناب از انجام وظایف مهم یا حفظ نکردن یک سیستم سازمانی باشد. هدف CBT شناخت رفتارهای غیرمفید و کمک به نوجوان در شناسایی و اجرای رفتارهای مؤثرتر است.



شکل الف.۱:

مدل درمان شناختی رفتاری برای ADHD

تمرین مکرر راهبردهای شناختی و رفتاری در خانه برای ایجاد تغییرات طولانی مدت ضروری است.

مدل شناختی رفتاری ADHD

شکل الف.۱ مدل شناختی رفتاری ADHD را نشان می‌دهد. در اینجا توضیحی درباره هر یک از اجزای مدل آمده است:

- اختلالات اصلی عصبی روانپزشکی _ شروع از دوران کودکی _ که از مقابله مؤثر جلوگیری می‌کند: نوجوانان مبتلا به ADHD از دوران کودکی به‌طور مزمّن از این اختلال رنج می‌برند. علائم خاصی مانند حواس‌پرتی، بی‌نظمی، مشکل در پیگیری تکالیف و تکانشگری می‌تواند افراد مبتلا به ADHD را از یادگیری یا استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر باز دارد.

- فقدان مقابله مؤثر می‌تواند منجر به کم‌کاری و شکست شود: به همین دلیل، مراجعین مبتلا به این اختلال معمولاً دچار کم‌کاری یا چیزهایی هستند که ممکن است آن‌ها را «شکست» بدانند.
- عدم موفقیت و شکست می‌تواند منجر به افکار و باورهای منفی شود: سابقه «شکست» در این افراد می‌تواند منجر به ایجاد باورهای بیش‌ازحد منفی در مورد خود و همچنین تفکر منفی و ناسازگار در مواجهه با تکالیف شود. افکار و باورهای منفی که به وجود می‌آیند می‌توانند باعث اجتناب یا حواس‌پرتی شوند.
- افکار و باورهای منفی می‌تواند منجر به مشکلات خلقی شود و اجتناب را تشدید کند: بنابراین، افراد در هنگام مواجهه با تکالیف یا مشکلات، مشکل توجه بیشتری را از خود نشان می‌دهند و علائم رفتاری مرتبط نیز می‌توانند بدتر شوند.

نقش داروها

رویکرد درمانی نوجوانان که در این کتابچه راهنما مطرح شده، بر روی افرادی که قبلاً مبتلا به ADHD تشخیص داده شده بودند و برای ADHD دارو دریافت کرده‌اند تست شد. دریافتیم که جویا شدن در مورد مصرف منظم دارو و بحث در مورد اهمیت پایبندی به داروها - به‌ویژه در مورد محرک‌ها که معمولاً تأثیر کوتاه‌مدتی دارند، مهم است. ما هیچ استدلالی برای اثبات اینکه این درمان در نوجوانان، منع مصرف دارد، نداریم. باین حال، مانند سایر جنبه‌های یادگیری مهارت‌های جدید که مستلزم توجه است، این احتمال وجود دارد که داروها کمی علائم را کاهش دهند و یادگیری این مهارت‌های CBT را تسهیل کنند.

در حال حاضر داروها خط اول درمان ADHD هستند و آن‌ها به‌طور گسترده مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. باین حال، تعداد زیادی از افراد (تقریباً ۲۰ تا ۵۰٪) که داروهای ADHD مصرف می‌کنند، نسبت به داروها بی‌پاسخ هستند. فرد بی‌پاسخ، فردی است که علائمش به‌اندازه کافی توسط داروها کاهش نمی‌یابد یا فردی که نمی‌تواند داروها را تحمل کند. علاوه بر این، افرادی که به‌عنوان پاسخ‌دهنده در نظر گرفته می‌شوند، معمولاً تنها ۵۰ درصد یا کمتر از علائم اصلی ADHD کاهش می‌یابند. علاوه بر این، عدم پایبندی به درمان دارویی یک مشکل مهم در نوجوانان مبتلا به ADHD است (تیروچلوم، چارچ و شاپار، ۲۰۰۱). در یک

مطالعه اخیر، ویتترشتاین و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که اندکی کمتر از نیمی از جوانانی که نسخه‌های جدید داروهای ADHD را دریافت کرده‌اند، پس از ۱ سال همچنان دارو دریافت می‌کنند؛ و تنها ۱۷.۲٪ هنوز به مدت ۵ سال یا بیشتر دارو دریافت می‌کردند. ملاحظات مهم دیگر در استفاده از دارو برای درمان ADHD نوجوانان این است که سوءاستفاده و انحراف از محرک‌ها در این جمعیت ثبت شده است. به‌عنوان مثال، در یک مقاله مروری، ویلنز و همکاران (۲۰۰۸) نرخ انحراف مادام‌العمر را از ۱۶٪ تا ۲۹٪ گزارش کرد (دانشجویان دارای نسخه محرک که از آن‌ها خواسته شد داروهای خود را به کسانی دیگر که داروهای محرک تجویزی نداشتند بدهند، بفروشند یا معامله کنند).

داده‌های اخیر نشان می‌دهد که درمان ترکیبی دارو و رفتاردرمانی بهترین نتایج بلندمدت را از نظر اختلال عملکردی در کودکان مبتلا به ADHD دارد (هینشاو و آرنولد، ۲۰۱۵). یک فراتحلیل اخیر از مطالعات دارویی و غیردارویی افراد مبتلا به ADHD نشان داد که ترکیب درمان دارویی و غیردارویی به‌طور مداوم با بهبود نتایج بلندمدت و اندازه اثر بزرگ مرتبط است (آرنولد، هاجکینز، کاسی، کاله و یانگ، ۲۰۱۵).

با توجه به این داده‌ها، توصیه‌ها برای بهترین درمان ADHD شامل استفاده از روان‌درمانی با دارو است. داروها می‌توانند بسیاری از علائم اصلی ADHD را کاهش دهند: مشکلات توجه، فعالیت زیاد و تکانشگری. با این حال، داروها ماهیتاً به مراجعین تکنیک‌ها و مهارت‌های مشخصی برای مقابله نمی‌دهند. علاوه بر این، اختلالات در کیفیت کلی زندگی، مانند عدم موفقیت، مشکلات تحصیلی، مشکلات اقتصادی و مشکلات روابط مرتبط با ADHD، نیاز به اعمال مداخلات بهبودی بیشتری دارد.

طرح کلی ماژول‌های مختلف

این درمان شامل چهار ماژول اصلی است: (۱) آموزش روانی / سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی، (۲) مقابله با حواس‌پرتی، (۳) بازسازی شناختی (تفکر انطباقی) و (۴) جلسات والدین/نوجوان. علاوه بر این، ما یک جلسه اختیاری در مورد اهمال‌کاری و دو جلسه اختیاری فقط برای والدین، به‌علاوه یک جلسه در مورد نحوه حفظ دستاوردها پس از اتمام درمان را در نظر می‌گیریم.

✓ ماڙول ۱

اساس

چگونگی سازمان دهی و

برنامه ریزی بهتر

مواد موردنیاز

- چک‌لیست علائم اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی (ADHD)
- کاربرد ۱: اهداف CBT

طرح کلی جلسه

- دستور کار را تنظیم کنید
- اطلاعاتی در مورد ADHD ارائه دهید
- اهداف مراجع برای درمان شناختی‌رفتاری (CBT) برای ADHD را تعیین کنید
- در مورد ساختار جلسات بحث کنید
- فرمت مدولار را توضیح دهید (بعضی از زمینه‌های دشوار تا جلسات بعدی بررسی نمی‌شوند)
- به حل مشکلات احتمالی درمان کمک کنید
- انگیزه تغییر را مرور کنید
- در مورد استفاده از داروها برای درمان ADHD بحث کنید
- سیستم‌های تقویم و فهرست وظایف را معرفی کنید
- در مورد مشارکت والدین در درمان بحث کنید
- مشکلات احتمالی را شناسایی کنید
- در مورد فعالیت‌های تمرین در خانه توافق کنید و مشکلات را با استفاده از این تکنیک‌ها پیش‌بینی کنید

تنظیم دستور کار

مهم است که هر جلسه را با تنظیم یک دستور کار شروع کنید. این کار به حفظ تمرکز ساختاریافته بر روی درمان ADHD کمک می‌کند و همچنین مراجع را برای آنچه در جلسه آینده در پیش است آماده می‌کند. یکی از چالش‌های این درمان این است که با بحث در مورد مشکلات دیگری که ممکن است مراجعین با آن مواجه باشند، دچار حواس‌پرتی نشوید. گاهی اوقات، این مشکلات به ADHD آن‌ها مربوط می‌شود و می‌توان در زمینه‌ی موضوعات جلسه به آن‌ها پرداخت. از آنجایی که تعیین دستور کار در ابتدای هر جلسه درمانی ممکن است جدید باشد، مخصوصاً برای نوجوانان در حال درمان، لازم است در مورد مشکلات آن‌ها همدلی نشان داده شود و اذعان کنیم که یکی از محدودیت‌های این درمان، نیاز به تمرکز است. تا زمان برای ارائه تمام مهارت‌ها برای مدیریت علائم ADHD وجود داشته باشد. به‌ناچار این بدان معناست که زمان کافی برای پرداختن به موضوعات دیگر وجود ندارد. به مراجعه‌کننده نوجوان کمک کنید تا افراد دیگری را شناسایی کند که می‌توانند برای رفع مشکلات دیگر به آن‌ها کمک کنند. مجدداً با روحیه مصاحبه‌انگیزی، درحالی‌که دادن اطلاعات و تنظیم دستور کار برای CBT ضروری است، مراجع را در این فرآیند مشارکت دهید و مطمئن شوید که در طول مسیر به‌طور فعال از مراجع سؤال می‌پرسید. این فرآیند کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که مراجع احساس می‌کند درمان به روشی مشترک انجام می‌شود. برای این جلسه، دستور کار شامل ارائه یک نمای کلی از درمان و آموزش روانی در مورد ADHD، انجام یک تمرین انگیزشی و تعیین تکلیف است.

اطلاعاتی درباره ADHD ارائه دهید

شما باید اطلاعاتی در مورد تشخیص ADHD در این بخش ارائه دهید؛ که شامل بحث در مورد دیدگاه ما از ADHD در نوجوانی است. نکات مهمی که باید بر آن تأکید شود عبارت‌اند از:

- یک اختلال عصبی زیستی است.
- یک تشخیص معتبر است.

- اینکه مربوط به تنبلی یا کم‌هوشی نیست؛ و
 - شواهد نشان می‌دهد که این نوع رویکرد ساختاری می‌تواند به علائم کمک کند.
- بنابراین درمان شامل یادگیری فعالانه مهارت‌ها است. این مهارت‌ها باید به‌طور منظم تمرین شوند تا مراجع بهبود یابد. نکته این است که یک سیستم را راه‌اندازی کنید و برای ادامه دادن آن انگیزه داشته باشید. انتقال این نکته حائز اهمیت است که افراد مبتلا به ADHD دارای مهارت‌هایی هستند - اما آن‌ها باید برای ایجاد یک سیستم کارآمد و ادامه استفاده از آن انگیزه داشته باشند.

اهداف مراجع را در CBT برای ADHD تعیین کنید

ما این بخش را به‌عنوان بحثی برای به حداکثر رساندن تناسب بین رویکرد درمانی و اهداف نوجوان می‌بینیم.

کتاب کار مراجع (به فصل ۱ مراجعه کنید) سؤالات مشابه و کاربرد ۱ را فهرست می‌کند:

اهداف CBT، در ضمیمه، شبکه‌ای برای کمک به مراجع در تعیین میزان واقعی بودن هر هدف است. به‌عنوان مثال، هدف «ورود به دانشگاه» به چیزهای زیادی بستگی دارد، از جمله نمرات فرد در مدرسه، نمرات آزمون استاندارد شده (کنکور) و عوامل دیگر. یک هدف قابل کنترل‌تر این است که تا حد امکان برای به حداکثر رساندن شانس خود برای ورود به دانشگاه موردنظر خود تلاش کنید. این را می‌توان بعداً در بخش حل مسئله با شناسایی مراحل ماندن مطالعه برای آزمون‌های استاندارد، درگیر شدن در فعالیت‌های فوق‌برنامه و غیره، عملیاتی کرد. لطفاً برای نمونه‌هایی از اهداف که مراجعین ممکن است برای درمان تعیین کنند، به شکل ۱.۱ مراجعه کنید.

سؤالاتی برای کمک به مراجع برای رسیدن به اهداف

مهم است اذعان کنیم که بسیاری از نوجوانان مبتلا به ADHD برای درمان خود مراجعه نمی‌کنند. آن‌ها معمولاً توسط والدین، معلمان یا متخصصان پزشکی ارجاع می‌شوند. به این ترتیب، آن‌ها همیشه انگیزه شرکت در درمان را ندارند. مهم است که از راهبردهای مصاحبه انگیزشی برای کمک به افزایش تمایل نوجوان برای مشارکت در درمان استفاده کنید. اگر نوجوان متوجه شود که علائم او با اهداف بلندمدت او تداخل دارد، انگیزه

بیشتری برای یادگیری مهارت‌هایی جهت رسیدگی به این علائم پیدا می‌کند. سؤالات زیر ممکن است با توجه به کمک به مراجع برای رسیدن به اهداف درمانی مفید باشد:

اهداف درمان شناختی‌رفتاری	قابلیت کنترل (به‌عنوان یک درصد)	کوتاه‌مدت یا بلندمدت
وارد یک دانشگاه فوب شوم	٪۶۵	بلندمدت
یاد بگیرم که بطور تعلق را متوقف کنم	٪۹۰	کوتاه‌مدت
سازمان‌دهی بیشتری در مورد تکالیفم در خانه و وسایلم داشته باشم	٪۹۵	کوتاه‌مدت
با پدر و مادرم بهتر کنار بیایم	٪۵۰	کوتاه‌مدت و بلندمدت

جدول ۱.۱.

مثالی از اهداف در درمان شناختی‌رفتاری (CBT)

- چه شد که تصمیم گرفتید اکنون این درمان را شروع کنید؟
- از چه راه‌هایی دوست دارید با وظایف متفاوت برخورد کنید؟
- برخی از مسائلی که دیگران در مورد نحوه برخورد شما با وظایف متوجه شده‌اند چیست؟
- اگر مشکل ADHD نداشتید، فکر می‌کنید چه چیزی در زندگی شما متفاوت بود؟

درباره ساختار جلسات بحث کنید

در این مرحله از جلسه، یک نمای کلی از ساختار جلسات و اطلاعاتی در مورد اینکه چگونه مراجع می‌تواند بیشترین بهره را از درمان ببرد، ارائه دهید. در این بحث به چند