



مدرسان شریف

CHAPTER ONE

((Mental disorders))

1. The **diagnosis** (1) of abnormal behaviors based on statistical **frequency** (2), social norms, adaptiveness of behavior and personal distress (3). Characteristics indicative (4) of good mental health include an efficient (5) perception of reality, self knowledge, Control of behavior, self-esteem (6) an ability to form **affectionate** relationships; And **productivity** (7).

۱- تشخیص رفتار نابهنجار مبتنی است بر بسامد آماری رفتاری، هنجارهای اجتماعی، انطباقی بودن رفتار و پریشانی شخصی. ویژگی‌هایی که حاکی از سلامت روانی در حد مطلوب هستند عبارتند از کارایی در ادراک واقعیت، خودشناسی، کنترل رفتار، عزت نفس، توانایی برقراری روابط محبت‌آمیز و باروری.

2. DSM **classifies** mental disorders according to specific behavioral symptoms. Such a classification system helps to communicate (8) information and provides a basis for research. However, each case is unique, and diagnostic labels (9) should not be used to pigeonhole (10) individuals.

۲- در دی‌اس‌ام، اختلال‌های روانی بر اساس نشانه‌های رفتاری طبقه‌بندی می‌شوند. این نظام طبقه‌بندی به مبادله‌ی اطلاعات کمک می‌کند و چهارچوبی برای پژوهش فراهم می‌آورد. با این حال، هر موردی منفرد، یکتا و منحصر به فرد است، و برچسب‌های تشخیصی را نباید به عنوان وسیله‌ای برای دسته‌بندی قالبی افراد به کار برد.

3. **Anxiety disorders** include generalized anxiety (11) (constant worry and tension), panic disorders (sudden attacks of overwhelming (12) apprehension (13), phobias (irrational fears of specific objects or situations), and **obsessive - compulsive disorders**-(persistent unwanted thoughts, or obsessions, combined with urges, or compulsions to perform certain acts). Psychoanalytic theory attributes (14) anxiety disorders to unresolved, **unconscious conflicts**. Learning theories focus on learned fear responses and feelings of being unable to control life events.

۳- اختلال‌های اضطرابی عبارتند از اضطراب عمده، اضطراب فراگیر (نگرانی و تنش مداوم)، اختلال‌های وحشت‌زدگی (حمله‌های ناگهانی بیمناکی توان‌شکن)، هراس‌ها (ترس‌های غیرمنطقی از اشیاء و موقعیت‌های خاص)، اختلال‌های وسواسی فکری - عملی (فکرهای سمج و ناخواسته، یا وسواس‌ها، که ممکن است با کشش‌ها، یا اجبارهایی، برای انجام دادن اعمال خاصی همراه باشند). در نظریه‌ی روانکاوی، اختلال‌های اضطرابی ناشی از تعارض‌های حل نشده و ناهشیار تلقی می‌شوند. نظریه‌های یادگیری بر پاسخ‌های آموخته شده‌ی ترس و احساس ناتوانی در کنترل رویدادهای زندگی تمرکز دارند.

4. **Affective disorders** are disturbances of mood: depression, mania, or a **cyclical alternation** between the two moods, referred to as a manic-depressive disorder. Psychoanalytic theories view depression as a reactivation of the loss of soft parental affection (15) in a person who is dependant on external approval (16) and tends to turn anger inward (17). Learning theories focus on reduced positive reinforcement, self-critical attitudes, and learned helplessness (18). Some affective disorders may be influenced by inherited abnormalities in the metabolism of certain neurotransmitters (such as norepinephrine and serotonin). Inherited predispositions and/or early experiences may make people vulnerable (19) to depression when under stress.

۴- مقصود از اختلال‌های عاطفی، پریشانی‌های خلقی هستند: افسردگی، شیدایی، و نوسان دوره‌ای بین این دو خلق که اختلال شیدایی - افسردگی نامیده می‌شود. در نظریه‌های روانکاوی افسردگی را ناشی از فعال شدگی مجدد محرومیت از محبت والدین در افراد می‌دانند که متکی بر تأیید برونی هستند و معمولاً خشمشان را به خود معطوف می‌سازند. نظریه‌های یادگیری در این مورد بر کاهش تقویت مثبت، نگرش‌های خرده جوپانه از خود، و درماندگی آموخته شده، تأکید دارند. بعضی از اختلال‌های عاطفی ممکن است متأثر از نابهنجاری‌های ارثی معینی در سوخت و ساز برخی انتقال دهنده‌های عصبی (مانند نوراپی نفرین و سروتونین) باشند. آمادگی‌های ارثی و/یا تجارب دوران کودکی می‌توانند افراد را در مواقع احساس فشار روانی در معرض افسردگی قرار دهند.

لغات مهم

1) diagnosis	تشخیص	11) generalized anxiety	اضطراب فراگیر
2) frequency	فراوانی - بسامد	12) overwhelming	طاقت فرسا - توان شکن
3) distress	پریشانی - ناراحتی	13) apprehension	تشویق - دلهره
4) indicative of	حاکمی از - نشانگر	14) attribute	نسبت دادن - اسناد
5) efficient	کارآمد	15) parental affection	محبت والدین
6) self- esteem	عزت نفس	16) approval	تأیید
7) Productivity	باروری	17) turn anger inward	خشم به خود معطوف کردن
8) communicate	تبادل کردن	18) helplessness	درماندگی
9) labels	برچسب‌ها	19) vulnerable	آسیب پذیر
10) pigeonhole	دسته بندی قالب		

5. Schizophrenia is **primarily** (1), a thought disorder characterized by difficulty in "**filtering out**" (2) irrelevant stimuli, disturbances (3) in perception, inappropriate affect, **delusions** and **hallucinations**, and withdrawal (4). Research on the causes of schizophrenia has focused on evidence (5) for a hereditary disposition (6) to the disorder, possible defects (7) in the metabolism of neurotransmitters (such as dopamine), social factors and deviant (8) family **relationships**.

۵- اسکیزوفرنی اصولاً اختلالی است در تفکر با ویژگی‌هایی مانند دشواری در «کنار گذاشتن» محرک‌های نامربوط، نابسامانی‌های ادراکی، حالت‌های هیجانی نامتناسب، هذیان‌ها و توهم‌ها و کناره‌گیری. پژوهش درباره‌ی علل اسکیزوفرنی متمرکز است بر وجود آمادگی ارثی برای این اختلال، نقص‌های احتمالی در سوخت و ساز انتقال دهنده‌های عصبی (مانند دوپامین)، عوامل اجتماعی و روابط نابهنجار خانوادگی.

6. Personality disorders are longstanding (9) patterns of **maladaptive** behavior that constitute immature (10) and inappropriate ways of coping with stress or solving problems. Individuals classified as having antisocial personalities are impulsive, show little guilt (11) are concerned only with their own needs, and are frequently (12) in trouble with the law. An under reactive (13) nervous system and inconsistent parental rewards and punishments are two possible **explanations** for the disorder.

۶- اختلال‌های شخصیت، الگوهای دیرپایی از رفتار **غیرانطباقی**، شیوه‌های نارسا و نامناسب حل مسأله و کنار آمدن با فشار روانی هستند. افرادی که به عنوان شخصیت‌های جامعه‌ستیز شناخته می‌شوند، آدم‌هایی هستند تکانشی که هیچ‌گونه احساس گناه ندارند، فقط به نیازهای خود اهمیت می‌دهند، و اغلب با قانون درگیری دارند. کم واکنشی دستگاه عصبی و ناهمسانی تنبیهات و پاداش‌های والدین، به عنوان **تبیین‌هایی** برای این اختلال ارائه شده‌اند.

7. The use of alcohol and other psychoactive drugs may lead to psychological dependence (compulsive use to reduce anxiety) and physical dependence (increased tolerance (14) and withdrawal symptoms). Alcohol is the most widely used drug, inability to abstain from drinking or to stop after one or two drinks classifies one as an alcoholic.

۷- مصرف الکل و دیگر داروهای روان گردان ممکن است به وابستگی روانی (مصرف اجباری دارو برای کم کردن اضطراب) و وابستگی جسمانی (افزایش تحمل و بروز نشانه‌های کناره‌گیری) منتهی شود. رایج‌ترین این دارو در این زمینه الکل است. ناتوانی در پرهیز از نوشیدن مشروبات الکلی یا ناتوانی در متوقف کردن نوشیدن آن پس از صرف یکی دو گلیاس، شخص را در ردیف الکلی‌ها قرار می‌دهد.

8. A number of factors may predispose (15) people to drug usage, including an unhappy home life, parents who are **permissive** (16) or who model drug use, peer (17) influences and a lack of social conformity (18) with continued use, physical dependency develops, creating (19) a new need that must be **satisfied**.

۸- عوامل چندی ممکن است افراد را مستعد مصرف دارو کند مانند: پرورش یافتن در خانواده‌ی ناشاد، وجود والدینی که یا **آسان‌گیر** هستند یا الگویی برای مصرف سوء دارو ارائه می‌کنند، تأثیرات دوستان و ناهم‌نوایی اجتماعی. با ادامه‌ی مصرف دارو وابستگی جسمانی در شخص به وجود می‌آید و این خود، نیاز تازه‌ای می‌آفریند که باید **ارضا** شود.



نکات مهم

1) primarily	اصولاً، بنیادین، اولیه	11) guilt	گناه
2) filtering out	کنار گذاردن	12) frequently	غالباً
3) disturbance	اختلال - نابسامانی	13) under reactive	کم واکنشی
4) withdrawal	کناره‌گیری - گوشه‌گیری	14) tolerance	تحمل
5) evidence	مدرک - شاهد	15) Predispose	مستعد
6) disposition	آمادگی	16) permissive	آسان‌گیری
7) defect	نقص	17) peer	همسالان
8) family relationships	روابط خانوادگی	18) conformity	همنوایی
9) long standing	دیرپا	19) creating	به وجود آمدن
10) immature	رشد نیافته - نارس		

9. Personality disorders are "enduring (1) patterns of perceiving (2), relating to, and thinking about the environment and oneself that "are exhibited (3) in a wide range of important social and personal contexts", and are inflexible (4) and maladaptive, (5) and cause either **significant** functional impairment or subjective distress (6). Now that you have taken out your yellow marker and highlighted this definition of personality disorders, what does it mean?

We all have an idea about what a person's personality is. It's made up of the ways a person behaves and thinks that characterize him or her. "Michael tends to be **shy**" (7) Mindy likes to be very dramatic. "Juan is always suspicious (8) of others." "Annette is very outgoing." "Bruce seems to be very sensitive and gets upset very easily over minor things".

"Sean has the personality of an eggplant (9)." We tend to "type" people for behaving in a certain way across many situations. For example, like Michael, many of us are shy among people we don't know; but we wouldn't be shy around our friends. A shy person would be shy even among people he has known for some time. His "shyness" (10) would seem to be part of the way he behaves in most situations. From time to time, we have all probably behaved in ways noted above ("dramatic," "suspicious," "outgoing," "easily upset"). However, we usually consider a way of behaving as being part of a person's personality only if it cuts across many times and places. In this chapter we look at these characteristic ways of behaving as they relate specifically to personality disorders. First we examine in some detail how we conceptualize (11) personality disorders, and the issues related to their **prevalence** (12), Then we review each of the personality disorders in turn.

۹- اختلالات شخصیت الگوهای شخصیتی پایدار دریافت، ارتباط و تفکر در مورد محیط و خود هستند که در بسیاری از زمینه‌های اجتماعی و فردی مهم نمایان می‌گردند و غیر منعطف و ناسازگارند و موجب نقص عملکردی مهم یا موجب ناراحتی شخصی می‌شوند.

همه ما در مورد این که شخصیت فرد چیست عقایدی داریم. شخصیت از راهایی که شخص رفتار می‌کند و فکر می‌کند ساخته شده است. مایکل تمایل به **خجالتی** بودن دارد. مَندی به نظر می‌رسد بسیار هیجانی است. جان اغلب در مورد دیگران بدبین می‌شود. آنت بسیار بیرون می‌رود. بروک به نظر می‌رسد که خیلی حساس است و برای امور کوچک بسیار زیاد ناراحت می‌شود. شین شخصیت بادمجانی دارد. ما تمایل داریم که مردم را برای رفتار کردن به شیوه خاص در موقعیت‌های مختلف تقسیم کنیم، برای مثال، مثل مایکل، بسیاری از ما وقتی در میان کسانی هستیم که آن‌ها را که نمی‌شناسیم خجالتی هستیم اما در مورد دوستانمان خجالتی نیستیم. یک شخص خجالتی حتی در مورد فردی که مدت‌هاست او را می‌شناسد خجالتی خواهد بود. خجالتی بودن او به نظر می‌رسد بخشی از شیوه‌ای باشد که او در اکثر موقعیت‌ها رفتار می‌کند. اگر چه معمولاً یک شیوه رفتار را هنگامی به عنوان بخشی از شخصیت تلقی می‌کنیم که در زمان‌ها و مکان‌های متعدد وقوع یابد. در این بخش ما به این شیوه‌های ویژه رفتار به گونه‌ای نگاه می‌کنیم که آن‌ها به طور خاص به اختلالات رفتاری مربوط می‌شوند.

نکات مهم

1) enduring	پایدار - مداوم	5) maladaptive	ناسازگاری	9) eggplant	بادمجانی
2) perceiving	درک کردن	6) distress	ناراحتی	10) shyness	خجالتی
3) exhibit	نمایش دادن	7) shy	خجالت کشیدن	11) conceptualize	مفهوم ساختن
4) inflexible	خشک - غیر منعطف	8) suspicious	شک داشتن	12) prevalence	شیوع

10. What if a person's characteristic ways of thinking and behaving cause the person or his or her loved ones **significant** distress? What if he or she can't change this way of relating to the world and it makes him or her unhappy? In this case, we might consider the person to have a "personality disorder." The definition at the beginning of the chapter notes that these personality characteristics are **inflexible** and maladaptive, and cause either significant functional impairment or subjective distress. Unlike many of the other disorders we have already discussed, personality disorders are considered chronic (1) problems that do not come and go during different times in a person's life. On the contrary, personality disorders are believed to originate in childhood (2) and to continue throughout adulthood (3). These chronic problems, because they involve a person's personality, pervade every aspect (4) of a person's life. If a man is overly suspicious, for example (a sign of a possible paranoid personality disorder), this trait (5) will affect almost everything he does, including his employment (6) (he may have to change jobs frequently if he believes co-workers conspire (7) against him), his relationships (he may not be able to sustain a lasting relationship if he can't trust a girlfriend), and even where he lives (he may have to move often if he **suspects** (8) his landlord is out to get him).

DSM-IV notes that the results of having this disorder may distress the person affected. However, Individuals with personality disorders may feel no subjective distress indeed, the distress may be felt by others because of the action of individuals with personality disorder. This is particularly common with antisocial personality disorder when the individual shows a blatant (9) disregard for the rights of others, yet exhibits no remorse (10). In certain cases, a judgment has to be made by someone other than the person with the personality disorder. This individual must decide whether the disorder is causing significant functional impairment because the affected person often cannot make such a **judgment**.

۱۰- چه می‌شود اگر شیوه‌های تفکر و رفتار ویژه یک فرد موجب ناراحتی شدید شخص مورد علاقه‌اش بشود؟ چه اتفاقی می‌افتد اگر فرد نتواند این شیوه ارتباط با جهان را تغییر دهد و این امر موجب ناراحتی وی گردد. در چنین مواردی ما ممکن است آن شخص را دارای اختلال شخصیت تلقی کنیم. تعریف اول فصل اشاره دارد بر این که این ویژگی‌های شخصیتی **نامنعطف** و ناسازگارند و موجب نقص عملکردی مهم یا ناراحتی فردی می‌گردند. برخلاف بسیاری از اختلالات دیگری که ما قبلاً بحث کردیم اختلالات شخصیت مشکلات مزمنی تلقی می‌گردند که در خلال زمان‌های مختلف در زندگی فرد آمد و رفت ندارند. بر عکس اعتقاد بر این است که اختلالات شخصیت در دوران کودکی ریشه دارند و در طول دوران بزرگسالی ادامه می‌یابند. این مشکلات به خاطر این که شخصیت یک فرد را فرا می‌گیرند در تمام جنبه‌های زندگی فرد نفوذ می‌کنند. برای مثال، اگر یک مرد به شدت بدبین باشد (یک علامت از یک اختلال شخصیت پارانویید) این خصیصه تقریباً هر چیزی را که او انجام می‌دهد تحت تأثیر قرار خواهد داد. از جمله شغلش را (او ممکن است مجبور باشد کارش را مکرراً تغییر بدهد اگر اعتقاد پیدا کند که همکارانش علیه او توطئه می‌کنند) در ارتباطاتش ممکن است قادر به نگهداری رابطه‌ی طولانی مدت نباشد اگر نتواند به همسرش اعتماد کند و حتی ممکن است مجبور باشد نقل مکان کند اگر به صاحب خانه‌اش **مظنون** شود که می‌خواهد او را بیرون کند.

DSM-IV عنوان می‌کند که نتایج داشتن چنین اختلالی ممکن است شخص بیمار را ناراحت کند. با این همه، ممکن است اشخاص دارای اختلال شخصیت ناراحتی شخصی خود را متوجه نشوند بلکه ممکن است اختلال به خاطر اعمال شخص دارای اختلال شخصیت توسط افراد دیگر احساس شود. این مورد خاص در اختلال شخصیت ضد اجتماعی معمولیت دارد و دیده می‌شود وقتی شخص دارای این اختلال آشکارا نسبت به حقوق دیگران بی‌احترامی می‌کند ولی احساس پشیمانی نمی‌کند. در موارد مشخصی قضاوت باید توسط فردی غیر از فرد دارای اختلال شخصیت انجام شود. این خود باید مشخص کند که آیا اختلال موجب نقص عملکردی مهمی شده است یا نه، زیرا شخص متأثر اغلب نمی‌تواند در مورد اختلال **قضاوت** کند.

نکات مهم

1) chronic	مزمن	5) trait	خصیصه - صفت	9) blatant	آشکارا
2) childhood	کودکی	6) employment	شغل - حرفه	10) remorse	پشیمانی
3) adulthood	بزرگسالی	7) conspire	توطئه کردن		
4) aspect	جنبه	8) suspect	شک کردن		

11. DSM-IV lists 10 **specific** personality disorders and several others that are being studied for future consideration. We review all of these in this chapter **unfortunately** (1), as we will see later, people who have personality disorders along with other, psychological problems tend to do poorly in treatment. Data from a recent (2) study showed that people who were depressed had a worse (3) outcome in treatment if they also had a diagnosis of a personality disorder. The majority of the mental disorders are included in Axis I of the DSM-IV. The Axis I disorders are considered the standard and "traditional (4) disorders, ones that justify" (5) separate classification. The personality disorders are included in a separate axis of DSM-IV, Axis II. These disorders are separated because they differ from the ones in Axis I. The traits characterizing them are more ingrained (6) and inflexible in the people who exhibit these disorders. The disorders also seem less likely to be successfully modified. Having



personality disorders on a separate axis, also forces the clinician to consider whether each person assessed has a personality disorder. In the axis (7) system of classification, a patient could receive a diagnosis on only Axis I or only Axis II, or he or she could receive diagnoses on both axes. Having a diagnosis (8) on both Axis I and Axis II would indicate that a person has both a current disorder that is negatively affecting him or her (Axis I) and a more chronic problem (for instance, personality disorder). As you will see, it is not so unusual to have diagnoses on both axes. You may be surprised to learn that category of personality disorders is also one of the more **controversial** (9) ones. What seems at first to be a simple category (10) involves a number of unresolved issues that we will discuss before describing the specific disorders themselves. Examining the **difficulties** with personality disorders can help us understand this group of disorders.

۱۱- DSM IV، فهرستی از ۱۰ اختلال شخصیت خاص ارائه کرده است و چندین اختلال دیگر که در نظر دارد آن‌ها را در آینده بررسی کند. ما تمام این موارد را در این فصل مرور می‌کنیم، **بدبختانه** همان‌طور که بعداً خواهیم دید افرادی که اختلالات شخصیت را همراه با مشکلات شخصیتی دیگر دارند معمولاً تبعیت کمی از درمان دارند. داده‌های یک تحقیق جدید نشان داد که افرادی که افسرده بودند اگر اختلال شخصیتی تشخیص داده شده‌ای هم داشتند عملکرد بدی در درمان داشتند. اکثریت اختلالات روانی در محور I درمان DSM IV جای می‌گیرند. اختلالات محور I اختلالات استاندارد و سنتی محسوب می‌شود که طبقه‌بندی جداگانه‌ای را موجه می‌سازد. اختلالات شخصیت در محوری جداگانه از DSM IV به نام محور II قرار داده می‌شوند. ویژگی‌هایی که این اختلالات را مشخص می‌کنند در افرادی که به این اختلالات مبتلا هستند پایدارتر و نامعطوف‌ترند. همچنین به نظر می‌رسد احتمال درمان موفقیت‌آمیز این اختلالات پایین باشد. جای دادن اختلالات شخصیت در یک محور جداگانه متخصصین بالینی را مجبور می‌کند تا بررسی کنند که آیا هر شخصی که ارزیابی می‌شود اختلال شخصیتی دارد یا خیر. در سیستم طبقه‌بندی محوری ممکن است بیمار یک تشخیص فقط در محور I یا II یا تشخیص‌هایی در هر دو محور داشته باشد. داشتن یک اختلال هم در محور I و هم در محور II نشان می‌دهد که شخص هم اختلال رایجی دارد که تأثیر منفی بر وی دارد و هم مشکل مزمن‌تری (برای مثال اختلالات شخصیت) دارد. همان‌طور که خواهید دید چندان غیرمعمول نیست که شخصیت‌هایی در هر دو محور قرار گیرند. ممکن است تعجب کنید که مقوله اختلالات شخصیت یکی از مقولات بسیار **بحث‌برانگیز** است. ابتدا به نظر می‌رسد که یک مقوله ساده شامل تعدادی از مشکلات حل نشده باشد که ما قبل از توصیف خود اختلالات خاص شرح خواهیم داد. بررسی **مشکلات** پیرامون اختلالات شخصیت به ما در فهم این گروه اختلالات کمک خواهد کرد.

نکات مهم

1) unfortunately	بدبختانه	5) justify	توجیه کردن - حق دادن	9) controversial	بحث برانگیز
2) recent	اخیراً	6) ingrained	پایدار	10) category	مقوله
3) worse	بدتر	7) Axis	محور		
4) traditional	سنتی	8) diagnosis	تشخیص		

12. At Some level we all can relate to many of the personality disorders described in this chapter. Most of us, at times have been suspicious of others and a little paranoid, or have been overly dramatic, or too **self-involved**, or have avoided being with other people. fortunately (1) these characteristics have not lasted for too long or been overly intense, and they haven't significantly (2) impaired how we live and work. People with personality disorders, however, display these problem characteristics over extended (3) periods of time and in many situation, causing great emotional pain (4) for themselves and/or for those around them. Their difficulty, then, can be seen as one of degree rather than (5) kind in other words, the problems experienced by people with personality disorders may just be more extreme examples of the problems many of us experience on a **temporary** (6) basis, such as being shy or suspicious.

The distinction between problems of degree versus problems of kind is usually described in terms of dimensions (7) versus categories (8). The issue that continues to be debated in the held is whether personality disorders are just extreme versions of otherwise normal personality variations ("dimensions") or ways of relating that are different from psychologically healthy behavior ("categories"). We can see the difference between dimensions and categories in everyday life. For example, we tend to look at gender categorically. Our society views us as being in one category or the other – as "male (9) or female" (10) yet we could also look at these characteristics along **dimensions**. For example, we know that "**maleness**" and "**femaleness**" are in part determined by hormones (testosterone and estrogen being the major hormones influencing gender). We could identify People along testosterone and/or estrogen dimensions and rate them on a continuum of "maleness" and "femaleness" rather than in the absolute (11) categories of "male" or "female." We also often label (12) people's size categorically as tall, **medium**, or short. But height can be viewed dimensionally, in inches or centimeters. most people in the field also see personality disorders as extremes on one or more personality dimensions. Yet because of the way people receive diagnoses with the DSM, the personality disorders and most of the other disorders end up being viewed in

categories, - or in different and distinct **divisions** or groups. For example, either you have antisocial personality disorder or you don't DSM doesn't rate how obsessive or compulsive you are; if you meet the criteria (13), you are labeled as having obsessive – compulsive personality disorder. In this categorical system, you have two choices (14) - either you do ("yes") or you don't ("no") have a disorder . There is no in-between when it comes to personality disorders. There are advantages to using categorical models of behavior, the most important being their ease of use. With only two choice available ("yes" or "no"). A clinician's job is simplified. With this simplicity, (15) however, also come problems. One is that the mere act of using categories leads clinicians to "rectify" the categories that is they start to view these disorders as real "things," comparable (16) to the realness of an infection (17) or a broken arm. Some argue that personality disorders are not things that exist but are points at which society decides that a **particular way** of relating to the world has become a problem. There is an important but as yet unresolved issue that we return (18) to again "Are personality disorders just an extreme variant (19) of normal personality, or do they represent distinctly (20) different disorders?"

۱۲- تا حدی تمام ما می‌توانیم با بسیاری از اختلالات شخصیتی توصیف شده در این بخش آشنا باشیم، بسیاری از ما گاهی نسبت به دیگران بدبین بوده‌ایم و کمی بدگمان یا خیلی هیجانی بوده‌ایم یا بیش از حد **خودبین** بوده‌ایم یا از بودن با مردم دیگر اجتناب ورزیده‌ایم. خوشبختانه این ویژگی‌ها خیلی طول نکشیده‌اند و خیلی شدید نبوده‌اند و به طور جدی روش زندگی و کار ما را مختل نکرده‌اند. اما افراد دارای اختلال شخصیت، این مشکلات را در مقاطع زمانی متعدد و بسیاری از موقعیت‌ها نشان می‌دهند و موجب درد عاطفی شدید برای خودشان و دیگرانی که اطراف آن‌ها هستند می‌شوند. مشکلات آن‌ها را می‌توان به جای آن که نوعی دید به عنوان درجه‌ای تلقی کرد. به عبارت دیگر مشکلاتی که توسط افراد دارای اختلال شخصیت تجربه می‌شود ممکن است فقط مثال‌های مداوم‌تری از مشکلاتی باشد که بسیاری از ما به طور **موقت** تجربه می‌کنیم مانند خجالتی بودن یا بدبین بودن.

تمایز بین مشکلات درجه‌ای در مقابل مشکلات نوعی معمولاً با اصطلاحات ابعاد و مقوله‌ها توصیف می‌شود. موضوعی که بحث آن در این حوزه مطرح است این است که آیا اختلالات شخصیت فقط نمونه‌های ماندگاری از انواع شخصیت سالم هستند (ابعاد) یا شیوه‌هایی هستند که از رفتار روانشناختی سالم متفاوتند (مقوله‌ها). ما می‌توانیم تفاوت بین ابعاد و مقوله‌ها را در زندگی روزمره ببینیم. برای مثال، تمایل داریم که به جنسیت به صورت مقوله‌ای نگاه کنیم. جامعه ما را در یک مقوله یا مقوله‌ای دیگر به عنوان مرد یا زن تلقی می‌کند. اما می‌توانیم به این ویژگی‌ها به صورت **ابعاد** (پیوستار) نگاه کنیم. به عنوان مثال می‌دانیم که **مردانگی** و زنانگی به‌وسیله هورمون تعیین می‌شود (تستسترون و استروژن هورمون‌های اصلی در تعیین جنسیت هستند)، می‌توانیم افراد را با پیوستار تستسترون و استروژن شناسایی کنیم و آن‌ها را بر روی یک پیوستار مردانگی، زنانگی درجه‌بندی کنیم. به جای آن که آن‌ها را در مقوله‌های مطلق مرد یا زن قرار دهیم. همچنین قد افراد را به صورت مقوله‌ای همچون بلند، کوتاه یا **متوسط** تعیین می‌کنیم. ارتفاع نیز می‌تواند به صورت اینچ یا سانتیمتر در نظر گرفته شود.

اکثر مردم در این حوزه اختلالات شخصیتی را به عنوان نهایت یک بعد شخصیتی یا بیشتر از یک بعد نگاه می‌کنند. با این وجود به خاطر شیوه‌ای که افراد با استفاده از DSM، تشخیص دریافت می‌دارند، اختلالات شخصیتی و اغلب اختلالات دیگر نهایتاً در مقوله‌ها یا در **اقسام** یا در گروه‌های متفاوت و متمایز دیده می‌شوند، برای مثال اینکه شما اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارید یا ندارید، DSM میزان وسواس یا اجبار شما را درجه‌بندی نمی‌کند؛ اگر شما ملاک‌های آن را داشته باشید شما به عنوان فردی که دارای اختلال شخصیتی وسواس اجبار است، شناخته می‌شوید. در این نظام مقوله‌ای شما دو انتخاب دارید یا اختلال دارید یا ندارید. در بحث اختلال شخصیت حالت بین این دو وجود ندارد.

استفاده از الگوهای مقوله‌ای رفتار مزایایی دارد، مهمترین مزیت آن راحتی استفاده است، با در دست داشتن دو انتخاب بله یا خیر وظیفه متخصصین بالینی ساده می‌شود، اگر چه مشکلاتی در این سادگی وجود دارد. یکی از مشکلات این است که استفاده از مقوله‌ها منجر می‌شود به این که متخصص بالینی این مقوله‌ها را واقعی بپندارد. آن‌ها این اختلالات را به عنوان اختلالی واقعی در نظر می‌گیرند. بعضی اعتقاد دارند که در قیاس با واقعی بودن یک عفونت یا یک بازوی شکسته اختلالات شخصیت چیزهایی نیستند که وجود داشته باشند. اما نکته این است که جامعه **شیوه‌های خاصی** از ارتباطی با جهان را مشکل‌آفرین محسوب می‌کند. یک مشکل مهم اما هنوز حل نشده وجود دارد و دوباره به آن برمی‌گردیم که آیا اختلالات شخصیت نوسان شدیدی از شخصیت بهنجار هستند یا نمایانگر اختلالات متفاوتی هستند؟

نکات مهم

1) fortunately	خوشبختانه	8) categories	مقوله‌ای	15) simplicity	سادگی
2) significantly	به طور برجسته	9) maleness	مردانه	16) comparable	قابل مقایسه
3) extended	گسترده	10) femaleness	زنانه	17) infection	عفونت
4) Pain	درد	11) absolute	مطلق	18) return	برگشت
5) rather than	به جای	12) label	برچسب زدن - تعیین کردن	19) variant	مختلف
6) temporary	موقتی	13) Criteria	ملاک‌ها	20) distinctly	به طور واضح
7) dimensions	ابعاد	14) choices	انتخاب‌ها - گزینه‌ها		



The complicated parent-child relationship has been important for a lot of psychologists like object relation theorists and they emphasize that quality, features, and the pattern type of this relationship determines some psychological factors for two sides, especially among children. The rate of social growth and ADHD is one of the behavior models (patterns) that is effective in children's future; and in contrast, there is parents attachment style which is known as one predictive pattern for these two variables i.e social growth and ADHD in mutual and complicated mechanism.

The attachment is constant emotional relationship that its feature is tendency to search and contiguity, maintaining with special person especially in stressful situations.

ارتباطات پیچیده‌ی والد - فرزند سالیان سال است که مورد توجه روان‌شناسان زیادی، از جمله نظریه‌پردازان رابطه شیء قرار گرفته و آن‌ها بر این نکته تأکید ویژه‌ای دارند که کیفیت، ویژگی‌ها و ساختار روانی والدین، ویژگی‌های زیست‌شناختی کودکان و نوع الگوی این رابطه تعیین کننده‌ی بسیاری از فاکتورهای روان‌شناختی در هر دو طرف، به خصوص در کودکان می‌باشد. از جمله الگوهای رفتاری که در آینده کودکان و از جهات مختلفی تأثیرگذار و حائز اهمیت است، میزان رشد اجتماعی و ADHD آن‌ها می‌باشد؛ و در مقابل، سبک دلبستگی والدین است که در سازوکاری متقابل و پیچیده، می‌تواند به عنوان الگوی پیش‌بینی کننده‌ی این دو متغیر، یعنی رشد اجتماعی و ADHD، به شمار آید. دلبستگی رابطه‌ی عاطفی پایداری است که ویژگی آن گرایش به جستجو و حفظ مجاورت با شخص خاص به ویژه در شرایط استرس‌زا است.

Attachment theory by Balbi was started for explaining why and how children become attached to their first care – giver and why fear separate them from care-giver. Einsorth and balbi identified three styles, secure, anxious insecure and apprehensive insecure. Hazan and Schiver (1987) also identified these styles in adulthood. Balbi believed that attachment theory isn't just child's transformation theory, but is transformation theory in life and attachment behaviors and their result are always active and present and don't become limited to childhood.

نظریه دلبستگی توسط بالبی شروع شد، برای توصیف این که چرا و چگونه بچه‌ها به اولین مراقبشان دلبسته می‌شوند، و چرا هنگام جدایی از مراقب، احساس ترس و استرس می‌کنند. این‌ثورت و بالبی سه سبک ایمن، نایمن اضطرابی و نایمن بیمناک را در کودکان شناسایی کردند. بررسی هازان و شی و همین سبک‌ها را در بزرگسالی نیز شناسایی کردند. بالبی معتقد بود که نظریه دلبستگی فقط نظریه تحول کودک نیست، بلکه نظریه تحول در گستره حیات است و رفتارهای دلبستگی و پیامد آن‌ها در سراسر زندگی فعال و حاضرند، و به هیچ وجه به دوره کودکی محدود نمی‌شوند.

The person's social roles. Social growth includes growth, altruism, honesty, self-defensiveness, communication, attachment, cooperation, self-control and improvement motivation. Vailand (1965) believed that the social growth is necessary for person's ability in doing self practical needs in life, and responsibility accepting and believed that social growth includes skills like general self – help, self-help in eating, self- help in clothing, self-help direction, occupation, communication, locomotion and socializing. social growth is received when it can receive to the degree of ability in social communications that live in society easily. Social growth can be placed under the mutual effect with a lot of variables and psychological disorder like ADHD deficiency disorder.

نقش‌های اجتماعی فرد منظور از رشد اجتماعی فرد، تأثیر متقابل وی از دیگران و پذیرش نقش‌های اجتماعی است. رشد اجتماعی در برگرفته رشد، نوع-دوستی، درستکاری، دفاع از خود، ارتباط، تعلق، همکاری، خویشنداری و انگیزه پیشرفت است. واینلند رشد اجتماعی را مستلزم توانایی فرد در برآوردن نیازهای عملی خود در زندگی و قبول مسئولیت می‌داند و معتقد بود که رشد اجتماعی در برگرفته مهارت‌هایی نظیر خودیاری عمومی، خودیاری در غذاخوردن، خودیاری در لباس پوشیدن، خودرهبی، اشتغال، ارتباط، جنبش و اجتماعی شدن خواهد بود. زمانی رشد اجتماعی حاصل می‌شود که بتوان به درجه‌ای از توانایی در ارتباطات اجتماعی دست یافت که به راحتی در اجتماع و بین دیگران زندگی کرد و سازگاری داشت. رشد اجتماعی می‌تواند تحت تأثیر متقابل با بسیاری از متغیرها و اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی قرار گیرد.

ADHD deficiency disorder is the most usual psychological disorders among children and is one of the most researchable disorders. ADHD is the decreased pattern of constant attention and or hyperactivity and impulsive behavior which is more prevalent than is seen in children and youth with similar growth level.

The revised version of fourth edit of statistical and diagnosis leader of psychic disorder, ADHD is identified as one growth disorder as the result of behavior disorders in three fields, hypoprosxia, hyperactivity and hyper impulsivity and uses of definite symptom for diagnosis and its separation.

Today they believe that the reason of ADHD is complicated interaction of neurological-anatomical systems and neurological – chemical systems. This idea is based on family genetic studies, twins and adopted-child, the studies about Dopamine gene, the studies of neurological imagery and neurotransmitter finding.

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی از معمول‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در کودکان بوده و در زمره مورد پژوهش‌ترین اختلالات پزشکی قرار دارد. ADHD الگوی کاهش توجه پایدار، یا بیش‌فعالی و رفتار تکانشی است که شدیدتر و شایع‌تر از آن است که معمولاً در کودکان و نوجوانان با سطح رشد مشابه دیده می‌شود. نسخه تجدید نظر شده ویرایش چهارم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، ADHD را به عنوان یک اختلال رشدی به واسطه بروز اختلالات رفتاری در سه حوزه بی‌توجهی، بیش‌تکانشی و بیش‌فعالی مشخص کرده، تعریف کرده و نشانگان معینی را برای تشخیص و افتراق آن برشمرده است. در حال حاضر بر این نکته اتفاق نظر وجود دارد که علت ADHD مربوط به تعامل پیچیده سیستم‌های عصبی - تشریحی و عصبی - شیمیایی است. این اتفاق نظر مبتنی بر مطالعات ژنتیک خانوادگی، دوقلوها و فرزندخواندگی، مطالعات مربوط به ژن ناقل دوپامین، مطالعات تصویربرداری عصبی و داده‌های عصب - رسانه‌ها است.

ADHD is related to low performance of Dopamine transferring process (solanto, 2002) and causes two behavior results i.e inhibition deficiency and problem in continuous attention. The basic hypothesis implies that hyperactivity and impulsive behavior in ADHD, is the result of being low of Dopamin Tonik level which causes to high rate of Dopamin fazik responses in abnormal manner. Being low of frontal cortex activity of brain or long-term decrease in prefrontal cortex activity in children with ADHD made more sensitive these children to external stimulus by indisposing the balance between Dopamin Tonik and fazik levels. Environmental variables like using cigarette, deprivation at early stage of life, social-psychic problems of family, the problems related to pregnancy and the problems of childhood are known as dangerous important factors for ADHD. It should be important that some mentioned factors may interact with parents genotype.

ADHD با عملکرد پایین فرایند انتقال دوپامین مرتبط بوده و دو پیامد رفتاری یعنی نقص بازداری و اشکال در توجه مداوم را در پی دارد. فرضیه‌ای زیربنایی حاکی از آن است که بیش‌فعالی و رفتار تکانشی در ADHD، از پایین بودن ناهنجار سطح دوپامین تونیک که منجر به میزان بالای پاسخ‌های دوپامین فزیک به گونه‌ای ناهنجار می‌گردد، نشأت می‌گیرد. کم بودن فعالیت قشر پیشانی مغز یا کاهش طولانی مدت در فعالیت قشر پیش پیشانی در کودکان مبتلا به ADHD، با به هم خوردن تعادل بین سطح دوپامین تونیک و فزیک این کودکان را نسبت به محرک‌های بیرونی حساس‌تر می‌سازد. متغیرهای محیطی مانند: سیگاری بودن، محرومیت در اوایل زندگی، مشکلات روانی - اجتماعی خانواده، مشکلات مربوط به حاملگی و زایمان و مشکلات دوره‌ی طفولیت، عوامل خطر ساز در ابتلا به ADHD محسوب می‌شوند. در این‌جا باید توجه داشت که برخی از عوامل یاد شده ممکن است با ژنوتیپ والدین برهم‌کنش داشته باشند.

The basic mechanisms of ADHD haven't been definite completely and existing models for making clear these mechanisms have selected different attitudes about it. Some models, know descending processing in frontal cortex and inhibition as basic core of deficiency in ADHD symptoms. The other models have emphasized upon sub cortical and brain stem regions as regions that are important for understanding ADHD and state ascending processing. Some models pay attention to dysfunction of Dopamine transferring (ascending processing) as basic factor of behavioral disorders in ADHD. The degrees of short delay, the deficiency of temporal processing and the decrease of working memory, are Endphenotype which is supposed that are responsible in the deficiencies of executive control (descending performance). All one reason theories in explaining basic mechanism of ADHD used psychological concepts like disinhibition response (Barkil,1997), energy level (arousal), fit stimulation. Delayed avoidance and the deficiency of extinction. Although each of above descriptive models have helped to make clear aspect of existing ambiguities in ADHD, however none of them could provide strong neurobiological origins for this disorder similar to dynamic transforming theory.

مکانیسم‌های بنیادی ADHD کاملاً معلوم نبوده و مدل‌های موجود در جهت تبیین این مکانیسم‌ها، دیدگاه‌های متفاوت در خصوص آن اتخاذ نموده‌اند. برخی مدل‌ها، پردازش نزولی در قشر پیشانی و بازداری را به عنوان هسته اصلی نقصان در نشانگان ADHD می‌دانند. مدل‌های دیگر به نواحی زیرقشری و ساقه مغز به عنوان مناطقی که جهت درک ADHD قابل تأمل می‌باشند، تأکید ورزیده و پردازش صعودی را مطرح می‌سازند. تعدادی از مدل‌ها بر بدکارکردی انتقال دوپامین (پردازش صعودی) به عنوان عامل اصلی اختلالات رفتاری مشهود در ADHD می‌پردازند. درجات تأخیر کوتاه، نقصان پردازش زمانی و کاستی حافظه‌کاری، اندوفنوتیپ‌هایی هستند که گمان می‌رود در نارسایی‌های کنترل اجرا کننده (عملکرد نزولی) درگیر باشند. تمام نظریه‌های تک‌علیتی در تبیین مکانیسم‌های اصلی ADHD از مفاهیم روان‌شناختی چون بازداری‌زدایی پاسخ، سطح انرژی (برانگیختگی)، تحریک بهینه، اجتناب تأخیری و نقصان خاموش‌سازی استفاده کردند. اگرچه هر کدام از مدل‌های تبیینی فوق به روشن شدن جنبه‌ای از ابهامات موجود در ADHD یاری رسانده‌اند، اما هیچ یک از آن‌ها نتوانسته‌اند به مانند نظریه تحولی پویا، پایه‌های نوروبیولوژیکی محکمی برای این اختلال فراهم سازند.

The dynamic transforming theory is based upon strong neurobiologic origins and abnormal functions of Dopamine plays basic role in it. The hypo function of Dopamine branches causes failure and deficiency in good signal transferring of non-Dopamine. According to this theory, the avoidance delay and response disinhibition are known as extinction deficiency that is exsiccated by dysfunction of mezoljmbic Dopamine branches. The extinction deficiency is the result of low Dopamin Tonik level and stopping Dopamine Fazik responses against external stimulation that causes short delay degrees of reinforcement. The liberation of Dopamine acts as learning sign and its decreasing as error sign in its reinforcement. Because avoidance needs too much time and it is tried to provide enough levels of Dopamine for good learning as the result of reinforcement, therefore it follows with delay. For this reason, low level of Dopamine Tonik in children with ADHD makes them reactive against external stimulus more than usual. The extinction doesn't act in a good manner in children with ADHD. Therefore, it is decreased from the reinforcement importance by stopping of Dopamine Fazik response and this states causes decreasing or even synapse absorbing which causes situational maladjustment on the basis of dynamic transforming model systematically. None of the biologic symptoms which we presented their detailed explanation in describing ADHD models, because the diagnosis is based on the symptompms and behavioral observations can be known as the diagnosis origin of ADHD.



نظریه تحولی پویا، بر پایه‌های استوار نوروبیولوژیکی بنیان نهاده شده و کارکردهای ناهنجار دوپامین نقشی محوری در آن ایفا می‌کند. کم‌کاری شاخه‌های دوپامین، سامان‌بخشی مطلوب انتقال سیگنال غیردوپامینی را با شکست مواجه می‌کند. طبق این نظریه، تأخیر اجتناب و بازداری‌زدایی پاسخ، به عنوان نقص خاموش‌سازی تلقی می‌شوند که در اثر بدکار کردن شاخه‌های دوپامین مزولیمبیک ایجاد می‌گردند. نقصان خاموش‌سازی پیامدی از سطح دوپامین تونیک پایین و توقف پاسخ‌های دوپامین فزیک در برابر تحریک بیرونی است که به طور منظم درجات تأخیر کوتاه - تقویت ایجاد می‌کند. آزادسازی دوپامین به عنوان علامت یادگیری و فرونشینی آن به عنوان علامت خطا در جریان تقویت و استرداد آن عمل می‌کند. چون اجتناب مستلزم زمان بیشتری بوده و سعی می‌شود که برای یادگیری مطلوب به واسطه تقویت، سطوح کافی دوپامین فراهم شود، لذا تحقق با تأخیر همراه می‌گردد. به همین دلیل، سطح دوپامین تونیک پایین در کودکان مبتلا به ADHD آن‌ها را در برابر محرک بیرونی بیشتر از معمول واکنش‌گر می‌سازد. در کودکان مبتلا به ADHD خاموش‌سازی به گونه‌ای مطلوب عمل نکرده و از اثر کف برخوردار می‌شود. بنابراین تقریباً در اثر توقف پاسخ دوپامین فزیک از ارزش تقویت کاسته شده و این امر موجب تقلیل یا حتی جذب سیناپسی غیرقابل شناسایی می‌گردد که بر اساس مدل تحولی پویا، به طور منظم باعث ناسازگاری موقعیتی می‌شود. هیچ‌کدام از علامت‌های زیستی که شرح مختصر آن‌ها در توصیف مدل‌های تبیین‌گر ADHD به میان آمد، نمی‌توانند شالوده‌ی تشخیص ADHD قرار بگیرند، چرا که تشخیص این اختلال مبتنی بر علامت‌ها و مشاهدات رفتاری است.

The existing estimates with FMRI, PET and EEG studies have done at group level and we can't rely on them at personal level. Although Zang found that the brain volume in children with ADHD is more little than normal children, but the mentioned difference isn't so important with paying attention whole body volume and proportion between head and body. At present level of knowledge, we can identify psychological function that may act as Endophenotypes in ADHD research as behavioral or neurological manner. Endophenotypes provide some criteria that place between genes and behavioral symptoms. The degrees of short delay, the deficiency of temporal processing. The degrees of short delay, the deficiency of temporal processing, the deficiency of working memory, are known as examples of Endophenotypes related with ADHD. It is believed that nervosas and its levels can act as one Endophenotypes which knows Dopamine transferring and especially the portion between Dopamine Tonik and Fazik.

ارزیابی‌های به عمل آمده با FMRI، PET، و مطالعات EEG در سطح گروهی صورت پذیرفته و نمی‌توان به استناد آن‌ها در سطح فردی نتیجه‌گیری نمود. اگر چه زانگ و همکارانش دریافته‌اند که حجم مغز در کودکان مبتلا به ADHD کوچک‌تر از کودکان عادی است، اما با در نظر گرفتن حجم کل بدن و توجه به تناسب بین سر و تن، تفاوت مذکور چندان بااهمیت نیست. در سطح کنونی دانش، می‌توان کارکردهای روان‌شناختی را که به شکل رفتاری یا عصبی امکان دارد به عنوان اندوفنوتیپ‌ها در پژوهش ADHD به کار روند، مشخص کرد. اندوفنوتیپ‌ها معیارهایی فراهم می‌سازند که بین ژن‌ها و نشانگان رفتاری قرار دارند. درجات تأخیر کوتاه، نارسایی پردازش زمانی، نارسایی حافظه‌کاری، نمونه‌هایی از اندوفنوتیپ‌های مرتبط با ADHD فرض می‌شوند. باور بر این است که نویز و سطوح آن می‌تواند به عنوان یک اندوفنوتیپ عمل کند که انتقال دوپامین و به ویژه نسبت بین دوپامین تونیک و فزیک را انعکاس می‌دهد.

The determining of ADHD prevalence has been difficult because of the changing descriptions. The estimates change from 2-7% in united states, and Germany and the rate of disorder is little higher in India and China. We can achieve similar prevalence rate when similar criteria is used for ADHD for countries like united states, Kenya, China and Thailand; however using of same criteria couldn't show cultural difference in ADHD sufficiently. Almost 3-7% children who go to school have ADHD in the world. Some researches are being done in the field of ADHD prevalence in world: One research at elementary schools of Arabic society reported 9.4% prevalence, skagl and Stoon-Eschab estimated the best estimate prevalence between 5-10% in school children on the basis of 19 studied research. One research which was accomplished in Nigerie, estimated the prevalence 8.7%. Also in research that was accomplished at exceptional schools of Irland by Bakli and Collageous, they estimated the prevalence 9.55%. In other research about the prevalence of ADHD, it was estimated 8.6,9.4,6.7,2,7.4% orderly.

تعیین شیوع ADHD به علت تغییر تعاریف این اختلال، در طی زمان و تفاوت‌های جمعیت‌های نمونه‌برداری شده، دشوار بوده است. برآوردها از ۲ تا ۷ درصد در ایالات متحده، زلاندنو و آلمان تغییر می‌کنند و نرخ اختلال در هند و چین کمی بالاتر است. وقتی که در کشورهایی به گوناگونی ایالات متحده، کنیا، چین و تایلند، ملاک‌های مشابهی برای ADHD به کار می‌رود، نرخ شیوع مشابهی به دست می‌آید. اما استفاده از ملاک‌های یکسان ممکن است تفاوت‌های فرهنگی در ADHD را به اندازه کافی نشان ندهد. اجماع بر این است که حدود ۳ تا ۷ درصد کودکان سنّ مدرسه در سراسر جهان در حال حاضر دچار ADHD هستند. پژوهش‌ها در سراسر جهان در زمینه شیوع ADHD در جریان است: یک پژوهش در مدارس ابتدایی جامعه‌ی عربی شیوع ۹/۴ درصدی را گزارش داد، بر مبنای ۱۹ پژوهش بررسی شده، بهترین تخمین شیوع را بین ۵ تا ۱۰ درصد در کودکان سنین مدرسه‌ای برآورد کردند. یک پژوهش که در کودکان مدرسه‌ای در نیجریه انجام شد، شیوع را ۸/۷ درصد تخمین زد. همچنین در تحقیقی که توسط باکلی و همکاران (۲۰۰۸) در مدارس استثنایی ایرلند انجام شد، شیوع را ۹/۵۵ درصد تخمین زدند. در تحقیقات دیگری در مورد شیوع ADHD، به ترتیب ۸/۶، ۹/۴، ۶، ۷/۲، ۷/۴، درصد برآورد شد.

The prevalence of ADHD was estimated between 3.5 and 5.6% in France recently. A lot of data show that ADHD is more prevalent among boys than girls (Davidson, 2007). Because of higher probability of aggressive and antisocial behavior among boys, they may refer to clinic more than girls (same place, page 573). One research group, studied a big and different sample from the girls with ADHD and without it nationally and reported some basic findings. The probability of being accepted to adopted-child for girls with ADHD was more than the other girls; the girls with composed type had perturbation behavioral symptoms more than the girls with attention deficiency like the related findings to male samples; the probability of having behavioral disorder or confronting oppositional disorder was more for the girls with composed type than the girls without ADHD; The probability of being anxious and depressed was more for the girls with ADHD than the girls without it. From the point of view of coevals, the girls with composed type were more negative than the girls with attention deficiency and the girls without ADHD. The girls with attention deficiency were estimated more negative than the girls without ADHD; The girls with ADHD showed some psychological-neurological deficiencies, especially in executive performance (for example, planning, problem solving) than the girls without ADHD which is the repetition of the other findings.

شیوع ADHD اخیراً در فرانسه چیزی در حدود ۳/۵٪ تا ۵/۶٪ تخمین زده شده است. شواهد زیادی نشان می‌دهد که ADHD در میان پسران شایع‌تر است تا در میان دختران. پسران به دلیل احتمال بالاتر رفتار پرخاشگرانه و ضداجتماعی، بیشتر احتمال دارد به کلینیک ارجاع داده شوند. یک گروه پژوهشی، نمونه‌ای بزرگ و گوناگون از لحاظ قومی را از میان دختران دچار ADHD و بدون ADHD بررسی کرد و شماری از یافته‌های اصلی را گزارش داد. دختران دچار ADHD بیشتر از دختران دیگر احتمال داشت به فرزندی پذیرفته شوند؛ همانند یافته‌های مربوط به نمونه‌های مذکر، دختران مبتلا به نوع مرکب، بیش از دختران به نوع بی‌توجه، علائم رفتاری اختلال‌گرانه داشتند؛ دختران مبتلا به نوع مرکب بیشتر احتمال داشت تشخیص همایند اختلال سلوک یا اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه داشته باشند، تا دختران بدون ADHD؛ دختران مبتلا به ADHD احتمال داشت بیش از دختران بدون ADHD مضطرب و افسرده باشند؛ در نگاه همسالان، دختران مبتلا به نوع مرکب منفی‌تر از دختران مبتلا به نوع بی‌توجه و دختران بدون ADHD بودند؛ دختران مبتلا به نوع بی‌توجه نیز منفی‌تر از دختران بدون ADHD ارزیابی شدند؛ دختران مبتلا به ADHD در مقایسه با دختران بدون ADHD، شماری از نقایص عصب- روان‌شناختی را، به ویژه در عملکرد اجرایی (برای مثال، برنامه‌ریزی، حل مسائل)، از خود بروز دادند، که تکرار یافته‌های دیگر است.

They believed that ADHD diminishes in adolescence simply; but a lot of longitudinal studies have challenged this idea. Although some children show the decrease of symptoms severity in adolescence, 65-80% of children with ADHD have the criteria of this disorder in adolescence. As it was mentioned attention deficiency hyperactivity disorder is one of the most prevalence psychiatry disorders in childhood that can result in irreparable damages in adulthood like the decrease of self – esteem, disorder in relationships with others and also depression, anxiety and eventually abuse – drug if no cure.

زمانی تصور می‌شد که ADHD به سادگی در نوجوانی از بین می‌رود؛ اما مطالعات طولی پرشماری این باور را به چالش کشیده‌اند. هرچند برخی کودکان کاهش شدت علائم را در نوجوانی بروز می‌دهند، اما ۶۵ تا ۸۰ درصد کودکان مبتلا به ADHD در نوجوانی هم واجد ملاک‌های این اختلال هستند. همان‌طور که اشاره شد، اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در کودکی است که در صورت عدم درمان مناسب می‌تواند منجر به صدمات جبران‌ناپذیری در بزرگسالی از جمله کاهش اعتماد به نفس، اختلال در روابط با دیگران و نیز افسردگی، اضطراب و نهایتاً سوء مصرف مواد شود.