

مقایسه اختلالات همراه در دختران و پسران مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی

فاطمه بهزادفر^۱، علیرضا سروری^۲، حمید طاهر خانی^۳، احمد برجعلی^۴، سید حسن تقوی^۵^۱ مرکز تحقیقات کاربردی و سلامت همگانی و توسعه پایدار دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران^۲ متخصص روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان امام خمینی تهران، ایران^۳ متخصص اعصاب و روان و مدیر عامل انجمن صنفی مراکز توانبخشی بیماران اعصاب و روان، تهران، ایران^۴ عضو هیئت علمی روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران^۵ کارشناسی ارشد روانشناس بالینی دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (attention-deficit/hyperactivity disorder) یک اختلال شایع هتروژن در کودکان می‌باشد. تفاوت اساسی در نسبت پسر به دختر بین نمونه‌های ارجاعی به کلینیک (۱۰:۱) و نمونه‌های جامعه (۳:۱) در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی؛ این سوال را مطرح می‌کند که آیا جنسیت در بروز و الگوی نشانه‌های ADHD و اختلالات همراه آن نقش داشته و باعث ارجاع کمتر دختران به کلینیک می‌شود؟.

روش بررسی: تعداد ۱۴۷ کودک و نوجوان مبتلا به ADHD از ۵ تا ۱۷ سال با روش نمونه‌گیری در دسترس مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. تشخیص بالینی ADHD و وجود اختلالات همراه در بیماران با مصاحبه بالینی روانپزشک و تست تشخیصی K-SADS انجام شده است.

یافته‌ها: اختلالات همراه با ADHD در کودکان مراجعه‌کننده به کلینیک در دختر و پسر مشابه هم می‌باشد و دختران مبتلا به ADHD در مقایسه با پسرها در معرض خطر بیشتر برای اختلالات افسردگی و اضطرابی نبوده‌اند.

نتیجه‌گیری: نتایج ما نشان می‌دهد که بین دختران و پسران مبتلا به ADHD در اختلالات همراه تفاوتی وجود ندارد. ADHD در دخترها نیز مانند پسرها باعث اختلال در حوزه‌های مختلف عملکردی می‌شود و مشابه بودن میزان خطر اختلالات همراه در دخترها و پسرها بیانگر وجود شباهت‌های بیشتر در سایر زمینه‌ها نظیر سیر بیماری، پیش‌آگهی و پاسخ بالینی به درمان می‌باشد.

واژگان کلیدی: اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلالات همراه، تفاوت جنسیتی.

مقدمه

برخوردارند. مطالعات مختلف باقی ماندن اختلال ADHD را در دوران پس از بلوغ و بزرگسالی بین ۴ تا ۷ درصد گزارش کرده‌اند و شیوع آن در کودکان سن دبستان ۷-۳٪ تخمین زده می‌شود. لذا ADHD صرفاً بیماری دوره کودکی نیست (۲). با وجود اینکه فراوانی اختلال ADHD، در پسران بیشتر از دختران و دامنه آن از ۳ به ۱ تا ۱۰ به ۱ می‌باشد (۳)، اما شیوع واقعی این اختلال در بین دخترها به طور دقیق مشخص نیست. تحقیقی که به بررسی تفاوت‌های جنسی پرداخته و اختلال ADHD را در دختران بررسی کرده است نشان می‌دهد که توانایی تمرکز و طیف توجه در دختران فزون‌کنش

اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD) یک "الگوی پایدار عدم توجه و بیش‌فعالی و رفتارهای تکانشی است" که برخی از نشانه‌های آن پیش از سن ۷ سالگی ظاهر شود (۱). بیماری‌های روانی و جسمی اطفال با توجه به احتمال باقی ماندن تا بزرگسالی و طولانی بودن دوره بیماری از اهمیت بالایی

آدرس نویسنده مسئول: بجنورد، مرکز تحقیقات کاربردی و سلامت همگانی و توسعه پایدار دانشگاه علوم

پزشکی خراسان شمالی، دکتر فاطمه بهزادفر

(email: fatemehbehzadfar@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۷/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۲۵

با توجه به برخی از مطالعات که حاکی از تفاوت جنسی در اختلالات همراه ADHD می باشد که می تواند توجیه کننده تفاوت فاصله نسبت دختر و پسر در نمونه های مراجعه کننده به کلینیک و جامعه باشد. ما در این مطالعه بر آنیم تا اختلالات همراه ADHD در دخترها با پسرهایی که به کلینیک ارجاع می شوند را تعیین و مقایسه کنیم؛ براساس مطالعات قبلی چنین فرض کرده ایم که در دختران مبتلا به ADHD سطوح پایین تر اختلالات سلوک و بی اعتنائی مقابله ای و سطوح بالاتر اختلالات خلقی و اضطرابی در مقایسه با پسران دیده می شود.

مواد و روشها

پژوهش حاضر از نوع مقطعی تحلیلی می باشد. آزمودنیهای پژوهش کودکان مبتلا به ADHD بودند که به درمانگاه روانپزشکی اطفال بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۸۹ مراجعه کرده بودند. این کودکان توسط والدین، مربیان، متخصصین اطفال و روانپزشکان به منظور تشخیص و ارزیابی های بیشتر به مرکز فوق تخصصی اطفال معرفی شده بودند.

شرایط ورود به مطالعه عبارتند از: الف) محدوده سنی ۵ تا ۱۷ سال ب) مبتلا نبودن به اختلالات سایکوتیک دیگر (ج) نداشتن بیماری های ارگانیک واضح نظیر اختلالات بینایی، شنوایی، تشنج، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات طبی مزمن یا حاد و اختلالات مغزی.

پس از تأیید اختلال ADHD در مراجع با در نظر گرفتن ملاک های شمول و حذف، برای بررسی اختلالات همراه در بیمار مبتلا به ADHD، مصاحبه بالینی و آزمون K - SADS انجام شد. برای گردآوری داده های پژوهش، پرسشنامه های زیر به کار برده شده است:

۱- پرسشنامه اختلالات خلقی و اسکیزو فرنیا برای کودکان سنین مدرسه (K - SADS): این پرسشنامه یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته است که برای افراد ۵ تا ۱۷ سال به کار می رود و به وسیله مصاحبه گر و با پرسش از کودک و والدین پر می شود و وجود اختلالات را طبق معیارهای DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition) و DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, revised of the third edition) می سنجد. پرسشنامه باید به وسیله درمانگر ماهر تکمیل شود و اجرای آن حدود ۷۵-۹۰ دقیقه برای کودک یا هر یک از والدین و در کل ۲/۵ ساعت طول می کشد. طیف اختلالاتی که توسط آزمون سنجیده می شود

مانند پسران است با این تفاوت که پاسخ های مبتنی بر برانگیختگی در آنها وجود ندارد و در ارتباط با معلمانشان، مشکلات رفتاری کمتری را نشان می دهند. این تفاوت در نسبت جنسی و بروز علایم می تواند بیانگر آن باشد که دختران مبتلا به ADHD کمتر برای درمان ارجاع داده می شوند (۳،۴).

مبتلایان به این بیماری در سطوح شناختی، رفتاری و هیجانی دچار پیامدهای متعددی می شوند نظیر ضعف تحصیلی، مشکلات شغلی، احتمال بیشتر رفتارهای پر خطر نظیر مصرف مواد، رفتارهای پر خطر جنسی، ارتکاب جرایم مختلف و شیوع بیشتر تصادفات (۵، ۶). درصد بالایی از هم ابتلایی در بیماری ADHD مشاهده می شود که این همراهی در سال های اخیر مورد توجه فراوان قرار گرفته است (۷).

با توجه به شبیه بودن ملاک های تشخیصی اختلال دوقطبی و ADHD، در برخی مطالعات تداعی معنی داری بین دوره مانیک اختلال دوقطبی و ADHD به دست آوردند. مطالعات پیگیری که اخیراً روی کودکان واجد ملاک های ADHD که بعداً دچار اختلال دو قطبی شده اند، نشان می دهند برخی از خصوصیات بالینی که در خلال ADHD بروز می کنند پیش بینی کننده بروز مانیک در آینده هستند (۸). در کودکانی که در یک پیگیری ۴ ساله به اختلالات دو قطبی نوع یک مبتلا شده اند، ADHD به میزان بیشتری در سابقه خانوادگی و بیماری آنها دیده می شود (۱).

در برخی از مطالعات قبلی، سطوح بالاتری از همراهی اختلالات خلقی و اضطرابی با ADHD را در دختران نشان داده اند (۹). مطالعات دیگر بیانگر آن است که دختران مبتلا به ADHD بالاتری از اختلالات افسردگی و اضطرابی را دارند در حالیکه شیوع اختلالات سلوک و بی اعتنائی مقابله ای در دخترها نصف آن چیزی است که در پسرها گزارش می شود (۶).

مطالعات مختلف نشان داده اند که سابقه ابتلا به ADHD احتمال سوء مصرف مواد (SUD= Substance use disorder) را در نوجوانان پسر و بزرگسالان افزایش می دهد (۱۰). همچنین همراهی اختلال سلوک (CD= Conduct disorder) با ADHD نیز باعث افزایش احتمال وابستگی شدیدتر به مواد و شروع زودتر و پیش آگهی بدتر اختلال سلوک و SUD و در نهایت ادامه این رفتارها تا بزرگسالی می شود (۱۱). همراهی طیفی از اختلالاتی با ADHD موجب پیچیده تر شدن سیر و تشخیص ADHD شده و می تواند منجر به فقدان پاسخ درمانی به داروها شود (۱۲ و ۱۳).

جدول ۱. خصوصیات سنی و جنسی مبتلایان به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۸۹

سن (به سال)	پسر (%)	دختر (%)	مجموع (%)
۴-۶	۱۲ (۸/۲)	۱۰ (۶/۸)	۲۲ (۱۵)
۷-۱۲	۵۱ (۳۴/۷)	۵۱ (۳۴/۷)	۱۰۲ (۶۹/۴)
۱۳-۱۷	۸ (۵/۴)	۱۵ (۱۰/۲)	۲۳ (۱۵/۶)
جمع کل (%)	۷۱ (۴۸/۳)	۷۶ (۵۱/۷)	۱۴۷ (۱۰۰)

بحث

در این مطالعه، ما اختلالات همراه در دخترها و پسرهای مبتلایان به ADHD را بررسی کرده تا مشخص کنیم که آیا تفاوت فاصله نسبت دختر و پسر در نمونه های مراجعه کننده به کلینیک و نمونه های جامعه در ارتباط با تفاوت در اختلالات همراه در دو جنس دختر و پسر می باشد؟

یافته های ما رد کننده فرضیه ما می باشد که پیش بینی می کردیم که دختران مبتلا به ADHD میزان بالاتری از اختلالات افسردگی و اضطرابی و میزان پایین تر اختلالات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله ای را در مقایسه با پسران دارند.

مطالعات قبلی نشان داد که ADHD می تواند به تنهایی به عنوان یک متغیر اصلی باعث شروع سوء مصرف مواد به ویژه در پسران باشد (۱۰، ۱۱، ۱۶). در مطالعه حاضر نیز علاوه بر آنکه سوء مصرف مواد در دخترها پایین تر بود، به نظر می رسد جنس مونث نقش محافظتی در بروز سوء مصرف مواد دارد که این یافته میتواند مربوط به محدوده سنی آزمودنی های مورد مطالعه باشد که معمولا خطر شروع سوء مصرف مواد با ADHD نزدیک به یک دهه تفاوت دارد. مطالعات آینده نگر می تواند تکمیل کننده این مطالعه باشد.

براساس یافته های حاصل از مطالعات متعدد (۹، ۱۷-۲۰)، خطر همراهی اختلالات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله ای در پسرها چه در نمونه های کلینیکی و چه در نمونه های جامعه بیشتر از دخترهاست. در یافته های ما تفاوتی در بین دختر و پسر دیده نشده است. این تناقض با یافته های ما ممکن است مربوط به جمعیت مورد مطالعه ما می باشد که جمعیت ارجاع داده شده به کلینیک بوده و بنابراین قابل تعمیم به نمونه های غیر ارجاعی نمی باشد.

یافته های پژوهشهای قبلی نشان می دهد که خطر اختلالات خلقی و اضطرابی در دختران بیشتر از پسران می باشد (۸، ۱، ۹، ۱۸-۲۰). در یافته های ما علی رغم آنکه خطر اختلالات افسردگی و اضطرابی در دختران مبتلا به ADHD بالا می

شامل اختلالات خلقی و پسیکوزها و اختلالات اضطرابی و خوردن و اختلالات دفعی و اختلالات رفتاری ایدایی و تیک و سوء مصرف مواد و اختلال استرس پس از سانحه می باشد (۱۴). درمانگر پس از ارزیابی و مقایسه اطلاعات به دست آمده از کودک و والدین، تشخیص نهایی را ثبت می نماید. این پرسشنامه در مطالعات همه گیر شناسی، ابزار مناسبی است اما برای ارزیابی پاسخ درمانی حساسیت کافی ندارد.

۲-مقیاس هوشی و کسلر: پر استفاده ترین معیار ارزیابی عملکرد شناختی و هوشی است که دارای سه مقیاس ارزیابی هوشی کلامی و غیر کلامی و کلی می باشد. نمره هر کدام از این سه قسمت مخصوص، اعتبار و پایایی بالایی دارد.

مقیاس ضریب پایایی به دست آمده در شیراز توسط شهیم (۱۵) به روش باز آزمایی بین همه خرده آزمون ها از ۰/۴۴ تا ۰/۹۴ متغیر بوده و در روش دو نیمه کردن نیز از ۰/۴۲ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. اجرا تست توسط روانشناس بالینی آموزش دیده انجام می شود.

نتایج آزمون با کمک نرم افزار آماری spss با استفاده از روش آماری chi-square، برای داده های ناپارامتریک از نظر وجود یا عدم وجود ارتباط معنادار آماری بین متغیرهای مورد سنجش ارزیابی می شود. برای معنادار بودن نتایج، مقدار *P-value* کمتر از (۰/۰۵) و در محاسبه نسبت شانس (Odds Ratio) فاصله اطمینان ۰/۹۵ در نظر گرفته شده است.

یافته ها

تعداد ۱۴۷ کودک مبتلا به ADHD شامل ۷۶ دختر و ۷۱ پسر مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۱ خصوصیات دموگرافیک آنها مشاهده می شود. جدول شماره ۲ توزیع فراوانی جنسی و نسبت شانس اختلال همراه در کودکان مبتلا به ADHD را نشان می دهد. در این مطالعه، اختلالات وسواس جبری و یاد گیری در پسرها به طور قابل توجهی از این اختلالات در دخترها کمتر بوده است؛ در حالیکه اختلالات افسردگی، سلوک، بی اختیاری ادراری و سوء مصرف مواد در دخترها به طور قابل توجهی در مقایسه با پسرها کمتر بوده است (جدول ۲). در هیچ یک از یافته های ما تفاوت معنی دار آماری بین اختلالات همراه در دختر و پسر مبتلا به ADHD دیده نشد. به طور کلی شانس بروز اختلالات همراه در دختران مبتلا به ADHD کمتر می باشد. به نظر می رسد که جنس نقش محافظتی در بروز آن دارد.

جدول ۲. توزیع فراوانی جنسی و نسبت شانس اختلال همراه در کودکان مبتلا به ADHD مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۸۹

statistic	نسبت شانس Odds Ratio (CI=0.95)	پسر		دختر		اختلال همراه
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
$P \geq 0.339$	۰/۵۹۰ (۰/۱۹۹-۱/۷۵۳)	۱۲/۷	۹	۷/۹	۶	دردگی
$P \geq 0.675$	۰/۷۸۴ (۰/۲۵۰-۲/۴۵۵)	۸۷/۳	۶۲	۹۲/۱	۷۰	اختلالات دو قطبی
$P \geq 0.792$	۱/۰۹۹ (۰/۵۴۴-۲/۲۱۹)	۹۰/۱	۶۴	۹۲/۱	۷۰	اختلالات اضطرابی
$P \geq 0.260$	۱/۵۵۵ (۰/۷۱۹-۳/۳۶۰)	۲۹/۶	۲۱	۳۱/۶	۲۴	اختلال وسواس جبری
$P \geq 0.848$	۰/۹۲۱ (۰/۳۹۴-۲/۱۴۹)	۷۰/۴	۵۰	۶۸/۴	۵۲	اختلالات تیک و توره
$P \geq 0.36$	۰/۴۶۹ (۰/۳۹۳-۰/۵۵۸)	۸۱/۷	۵۸	۸۲/۹	۶۳	سوء مصرف مواد
$P \geq 0.828$	۰/۹۱۷ (۰/۴۱۹-۲/۰۰۷)	۵/۶	۴	۰	۰	بی‌اعتنایی مقابله‌ای
$P \geq 0.120$	۰/۲۹۳ (۰/۰۵۷-۱/۵۰۱)	۹۴/۴	۶۷	۱۰۰	۷۶	اختلال سلوک
$P \geq 0.148$	۰/۲۹۳ (۰/۰۵۷-۱/۵۰۱)	۲۲/۵	۱۶	۲۱/۱	۱۶	اختلالات یادگیری
$P \geq 0.418$	۰/۷۴۵ (۰/۳۶۶-۱/۵۲۰)	۷۷/۵	۵۵	۷۸/۹	۶۰	بی‌اختیاری ادراری
$P \geq 0.768$	۱/۲۵۹ (۰/۲۷۲-۵/۸۳۴)	۸/۵	۶	۲/۶	۲	اختلالات ارتباطی
		۹۱/۵	۶۵	۹۷/۴	۷۴	
		۹۳	۶۶	۸۵/۵	۶۵	
		۳۲/۴	۲۳	۲۶/۳	۲۰	
		۶۷/۶	۴۸	۷۳/۷	۵۶	
		۴/۲	۳	۵/۳	۴	
		۹۵/۸	۶۸	۹۴/۷	۷۲	

در زمینه سایر اختلالات همراه از جمله اختلالات یادگیری یافته‌های ما نشان داد که تفاوت معنی داری بین دختر و پسر وجود ندارد اگرچه تعداد دخترانی که مبتلا به اختلالات یادگیری بودند بیشتر از پسران بود. تحقیقات علاقه‌مند و مومنی (۲۲) و ویس (۲۳) نیز نشان داد که در افرادی که مبتلا به اختلالات یادگیری هستند سطح بیشتری از تکانشگری وجود دارد.

فراوانی بی‌اختیاری ادراری در سن ۵ سالگی در پسران ۷٪ و در دختران ۳٪ است. در سن ۱۰ سالگی این رقم به ۳٪ در پسران و ۲٪ در دختران می‌رسد. در ۱۷ سالگی هنوز هم، ۱٪ مردان و تعداد کمتری از زنان به این اختلال مبتلا هستند (۲۴). در این پژوهش، از نظر بی‌اختیاری ادراری تفاوت معنی داری بین

باشد ولی تفاوت آماری معنی داری با پسران نداشتند، بنابراین تایید کننده فرضیه ما که همراهی بیشتر این اختلالات در دخترهای ADHD باعث عدم تشخیص بیماری اصلی می‌شود، نمی‌باشد. در تایید یافته‌های این پژوهش، این نکته وجود دارد که بین اختلال‌های هیجانی کودک و اختلال‌های هیجانی و خلقی بزرگسال چند تفاوت مهم وجود دارد. اختلال‌های هیجانی بزرگسالی بیشتر در بین زنان رایج‌اند در حالی که بسیاری از اختلال‌های هیجانی کودک به طور برابر در بین پسران و دختران روی می‌دهد و فقط هنگام شروع نوجوانی در میان دختران رایج می‌شود (۲۱). این یافته می‌تواند تاییدی بر شروع تفاوت جنسی در شیوع اختلالات خلقی در سن بعد از بلوغ می‌باشد.

تخصصی روانپزشکی اطفال بوده و شامل گروه‌های دختر تشخیص داده نشده نمی‌باشد، بنابراین نتایج ما قابل تعمیم به جامعه نیست.

- در این مطالعه والدین نسبت به تشخیص ناآگاه نبوده بنابراین احتمال آنکه مشکلات همراه را در کودکان خود با سوءگیری گزارش کنند، وجود داشته است.

- با توجه به آنکه ADHD یک بیماری هتروژن بوده و همراهی آن با سایر اختلالات روانپزشکی، نشان دهنده انواع مختلف زیر گروه‌های ADHD می‌باشد، ما در این مطالعه انواع زیر گروه‌های ADHD را از یک دیگر جدا نکرده ایم.

- ابزار استفاده شده جهت سنجش اختلالات همراه (K-SADS) در ایران از نظر روایی و پایایی مورد ارزیابی قرار نگرفته است ولی با توجه به آنکه وابسته به فرهنگ نبوده، می‌توان به روایی و پایایی گزارش شده در منابع خارجی استناد نمود.

نتیجه‌گیری

علیرغم محدودیت در یافته‌های موجود، یافته‌های ما می‌تواند بیانگر آن باشد که ADHD در دخترها نیز مانند پسرها یک اختلال جدی محسوب شده که با اختلال در حوزه‌های مختلف عملکرد همراه بوده و مشابه بودن میزان اختلالات همراه در دخترها و پسرهای مبتلا به ADHD بیانگر وجود شباهت‌های بیشتر در سایر زمینه‌ها نظیر سیر بیماری، پیش‌آگهی و پاسخ بالینی به درمان می‌باشد. اگر چه تایید این یافته‌ها نیازمند مطالعات کنترل شده بیشتری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه سرورانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند از جمله مسئولین و پرسنل محترم بیمارستان امام خمینی سپاس و قدردانی می‌نماییم.

دختر و پسر وجود نداشت اما تعداد پسران مبتلا به بی‌اختیاری ادراری بیشتر از دختران بود که با یافته‌های DSM (۲۴)، بیدرمن و همکارانش (۱۷)، وودمنسی (۲۵) در این رابطه که در افراد مبتلا به بی‌اختیاری ادراری به ویژه پسران، میزان تکانشگری و ابتلا به ADHD بیشتر است، همسو می‌باشد.

در این بررسی، هر چند که اختلالات وسواسی تفاوت آماری معنی‌داری بین دختر و پسر نشان نداد اما تعداد دختران مبتلا به اختلال وسواس جبری (بی‌اختیاری) بیشتر از پسران بود که با داده‌های سامرفلدت (۲۶) و تحقیقات DSM (۲۴) همسو می‌باشد.

شروع اختلال توره در کودکان بیش از بزرگسالان است و ۵ تا ۳۰ مورد در ۱۰ هزار نفر تخمین زده می‌شود. همچنین در بیش از ۲۵٪ افراد مبتلا قبل از اینکه تشخیص اختلالات تیک و توره داده شود با تشخیص اختلال ADHD تحت درمان با داروهای محرک قرار گرفته‌اند (۱). در برخی گزارشات اختلال توره در پسرها ۳ برابر شایع‌تر از دخترها است (۲۴). برعکس این دسته مطالعات، بررسی ما نشان داد که در اختلالات تیک و توره تفاوت آماری معنی‌داری بین دختر و پسر مبتلا به ADHD وجود نداشت و با داده‌های گزارش شده توسط DSM (۲۴) مبنی بر اینکه میزان اختلالات تیک در پسرها بیشتر است مطابقت ندارد. اما با تحقیقات کاپلان و سادوک (۱) و کلر و همکارانش (۲۷) که نشان دادند در اختلالات تیک، مشکلات توجه و تکانشگری وجود دارد همسو می‌باشد.

از مجموعه یافته‌ها و تحقیقات موجود میتوان دریافت که افراد مبتلا به اختلال ADHD دچار مشکلات متعددی هستند. برخلاف باور عمومی، مشکلات کودکان مبتلا به این اختلال به مراتب فراتر از ناتوانی وی در بیقراری یا توجه کردن است. این اختلال در افراد مختلف به گونه‌ای متفاوت بروز می‌کند و در هر فرد مبتلا نمونه‌های متفاوتی از مجموعه نشانه‌ها دیده می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر میتوان به موارد زیر اشاره کرد: - جمعیت مورد مطالعه از بیماران مراجعه کننده به کلینیک

REFERENCES

1. Sadoc, BJ, Kaplan HI, Sadoc, VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry.
2. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 373-381.
3. Hervey AS, Epstein JN, Curry JF. Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a metaanalytic review. Neuropsychol 2004; 18:485-503.
4. Wolraich ML, Baumgaertel A. The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder based on the new DSM-IV criteria. Peabody J Educ 1996; 71: 168-86.
5. Shifrin JG, Proctor BE, Prevatt FF. Work performance differences between college students with and without ADHD. J Attention Disord 2010; 13:489-90.

6. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, et al. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol* 2008; 43: 300-304.
7. Wilens TE. ADHD and the substance use disorder: The nature of the relationship, subtypes at risk and treatment issues. *Psychiatry Clin North Am* 2004; 27:283-301.
8. Modestin J, Matuuat B, Wurmle O. Antecedents of opioid dependence and personality disorder: ADHD and conduct disorder. *Eur Arch Psych Clin Neurosc* 2001; 25: 42-47.
9. Wilens T, Biederman J. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 564-577.
10. Riggs PD, Hall SK, Mikulich-Gilbertson SK, Lohman M, Kayser A. A randomized controlled trial of pemoline for attention-deficit/hyperactivity disorder in substance-abusing adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 420-429.
11. Disney ER, Elkins IJ, McGue M, Lacono W. Effects of ADHD, conduct disorder and gender on substance use and abuse in adolescence. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1515-1521.
12. Guabmand J, Carlson CL. Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1036-1045.
13. Arnold L. Sex differences in ADHD: Conference summary. *J Abnorm Child Psychol* 1996; 24: 555-569.
14. Stephen V, Faraone SV, Biederman J, Mick E, Alysya E, Doyle , , Wilens T, et al. A family study of psychiatric comorbidity in girls and boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiat* 2001; 50: 586-592
15. Shahim S. Standardization sale of revised Wechsler Intelligence Scale for Children, Shiraz. *Journal of Shiraz University of Medical Sciences* 1998; 5:1-5. [In Persian]
16. Hinshaw SP. Covert antisocial behavior in boys with ADHD: external validation and effects of methylphenidate. *J Consult Clin Psychol* 2000; 30: 45-52.
17. Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S, et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorder? Findings from a four year prospective follow up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 27-29.
18. Ambrosini PJ. Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 49-58.
19. King VI, Brooner RK, Kidorf MS, Stoller KB, Mirsky AF. ADHD and treatment outcome in opioid abusers and mood disorder. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 484-495.
20. Fischer M, Barkley RA, Smallish I, Fletcher K. Young adult follow up of hyperactive children: Self reported psychiatric disorders, comorbidity and the role of childhood conduct problems and teen CD. *J Abnorm Psychol* 2002; 30: 463-75.
21. James A, Taylor E. Sex difference in the hyperkinetic syndrome of childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 31: 437-46.
22. Alaghban-drad J, Momeni F. The association between attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and learning disorder in boys with 7-12 years old. *Andeesheh Va Raftar* 2000; 6: 32-36. [In Persian]
23. Weiss G. Studies on the hyperactive child: five year follow-up. *Arch. Gen. Psychiatry* 2002; 24: 83-92.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC: APA Press; 1994.
25. Woodmansey AC. Emotion and the motions: an inquiry into the causes and prevention of functional disorders of defecation. *Br J Med Psychol* 1967; 40:207-23.
26. Summerfeldt LG, Hood K, Antony MM, Richter MA, Swinson RP. Impulsivity in obsessive-compulsive disorder: comparisons with other anxiety disorders and within tic-related subgroups. *Pers Individ Differ* 2004; 36: 539-53.
27. Keller MB, Lavori PW, Beardslee WR, Wunder J. The disruptive behavioral disorder in children and adolescents: comorbidity and clinical course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 31: 204-209.