

## فراوانی اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه در سابقه والدین کودکان مبتلا به این اختلال

دکتر کاترین صدری کرمانی\*، دکتر الهام شیرازی\*\*، دکتر شبنم نوحه‌سرا\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش تعیین فراوانی اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه در سابقه والدین کودکان مبتلا به این اختلال بود. **مواد و روش کار:** به روش نمونه‌گیری در دسترس، والدین ۱۵۰ کودک زیر ۱۶ سال (۳۱ دختر و ۱۱۹ پسر) مبتلا به اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه که در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ به درمانگاه‌های روانپزشکی کودک و نوجوان دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه نموده بودند بررسی شدند. تشخیص این اختلال در فرزندان بر پایه تشخیص بالینی و معیارهای چک‌لیست DSM-IV انجام شد. سابقه این اختلال در والدین نیز به کمک معیارهای چک‌لیست DSM-IV و مصاحبه روانپزشکی بررسی شد. داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی تحلیل گردیدند.

**یافته‌ها:** سابقه این اختلال در ۷۶٪ والدین وجود داشت. در ۲۰٪ موارد هر دو والد و در ۵۶٪ موارد یکی از آنها دارای سابقه مثبت بودند. فراوانی سابقه اختلال در پدران (۵۶٪) بیشتر از مادران (۴۰٪) بود.

**نتیجه‌گیری:** عوامل وراثتی می‌توانند در سبب‌شناسی این اختلال دخالت داشته باشند.

### کلیدواژه: اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه، والدین، عوامل وراثتی

### مقدمه

اندازه و یا کاهش توجه و تمرکز بیماران می‌شود (سادوک<sup>۱</sup> و سادوک، ۲۰۰۰). تشخیص دیر هنگام این اختلال می‌تواند پیامدهای زیان‌باری از جمله سوء‌مصرف مواد و اختلال در روابط اجتماعی، تحصیلی و شغلی را در پی داشته باشد (بیدرمن<sup>۳</sup>، فارائون<sup>۴</sup>، کینان<sup>۵</sup>، کنی<sup>۶</sup> و تسوانگ<sup>۷</sup>، ۱۹۹۰؛ بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۲؛ فارائون و همکاران، ۱۹۹۵؛

اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه<sup>۱</sup> (ADHD) از اختلال‌های شایع روانپزشکی در میان کودکان سنین دبستانی است. این موضوع در ایران نیز بررسی شده است (خوشایبی، پوراعتقاد، هومن و محمدی، ۲۰۰۴). این بیماری ۵٪-۳٪ کودکان را مبتلا می‌کند و موجب تحرک و فعالیت بیش از

\* روانپزشک، سازمان پزشکی قانونی کشور. تهران، ضلع جنوبی پارک شهر، خیابان بهشت (نویسنده مسئول). E-mail: csadri7@yahoo.com

\*\* فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان.

تهران، کیلومتر ۷ جاده مخصوص کرج، مرکز آموزشی - درمانی روانپزشکی ایران.

\*\*\* روانپزشک. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، نبش خیابان شهید منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

1- Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

2- Sadock

3- Biederman

4- Faraone

5- Keenan

6- Kneee

7- Tsuang

مراجعه‌کننده به مراکز روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران بررسی شده است.

## مواد و روش کار

این بررسی از نوع توصیفی-مقطعی است. آزمودنی‌های پژوهش ۳۰۰ نفر پدر و مادر (۱۵۰ زوج، والدین تنی کودکان مبتلا به ADHD) بودند که با نمونه‌گیری در دسترس<sup>۱۲</sup> انتخاب شدند. کودکان این افراد در سال‌های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ به درمانگاه‌های روانپزشکی کودکان دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه کرده بودند و بر پایه تشخیص بالینی روانپزشک کودک و نوجوان و معیارهای DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۴)، مبتلا به ADHD بودند. وجود سابقه ADHD در والدین، با مصاحبه بالینی توسط یک روانپزشک و بر پایه چک لیست DSM-IV بررسی شد. اطلاعات زمینه‌ای آزمودنی‌ها نیز در پرسشنامه تاریخچه‌ای که توسط پژوهشگران تنظیم شده بود ثبت گردید. به منظور کاهش عوامل مخدوش‌کننده، والدین و کودکانی که سابقه طلاق یا جدایی در خانواده داشتند، دچار نارسایی‌های مهم عصبی (نارسایی شنوایی و بینایی، تشنج و صرع)، عقب‌افتادگی ذهنی، اختلال در خودماندگی و پس‌کوز بودند و یا با زایمان دشوار و تماس با الکل و مواد مخدر در دوران جنینی زاده شده بودند، از بررسی کنار گذاشته شدند. هم‌چنین در صورتی که یک یا هر دو والد توانایی به یادآوری نشانه‌های دوران کودکی خود را نداشتند، کل خانواده از بررسی خارج می‌شد. داده‌های به‌دست آمده به کمک روش‌های آماری توصیفی ارزیابی گردید.

## یافته‌ها

میانگین سنی کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD ۹/۱۷ سال (انحراف معیار ۳/۷) و سن همه آنها کمتر از ۱۶ سال بود. ۷۹/۳۳٪ (۱۹ نفر) پسر و ۲۰/۶۶٪ (۳۱ نفر) دختر بودند. ۳۰/۶۷٪ (۴۶ نفر) دچار نوع بیش‌فعالی-تکانه‌ای، ۱۸٪ (۲۷ نفر) از نوع کم‌توجهی و ۵۱/۳۳٪ (۷۷ نفر) از نوع مختلط بودند.

غنی‌زاده، بهره‌دار و معینی، ۲۰۰۶؛ توکلیان، داوری آشتیانی، عربگل و امینی، ۲۰۰۳). در برخی موارد علائم تا بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. به‌طور متوسط ۶۰٪ تا ۸۰٪ از کودکان مبتلا به ADHD علائم آن را تا نوجوانی نیز نشان داده‌اند و ۱۰ تا ۵۰٪ آنها علائم را تا بزرگسالی به‌همراه داشته‌اند (آدلر<sup>۱</sup>، کوهن<sup>۲</sup> و کندی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). ۰/۳٪ تا ۶٪ از بزرگسالان جامعه دچار این اختلال هستند که سبب کاهش موفقیت‌های فردی و پایین‌آمدن موقعیت‌های اجتماعی در مقایسه با هوش آنان و چشمداشت‌های کلی می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰؛ بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۳). بررسی‌ها نشان داده‌اند که ۴۵٪ تا ۹۰٪ از پدران و مادران کودکان مبتلا به ADHD دچار این اختلال بوده و نشانه‌های آن را تا نوجوانی به‌همراه داشته‌اند (فارئون، بیدرمن، فیگنر<sup>۴</sup> و مانوتو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰؛ اسمالی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۰؛ بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۵). با وجود شیوع و اهمیت این اختلال، سبب‌شناسی آن هنوز به‌درستی شناخته نشده است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که سابقه خانوادگی در ADHD باقی مانده تا بزرگسالی، قوی‌تر از ADHD محدود به دوران کودکی است و ۵۷٪ از فرزندان افراد بزرگسال دارای سابقه ADHD دچار این بیماری هستند (همان‌جا). بررسی‌های انجام شده نشان داده‌اند که ADHD یک اختلال خانوادگی<sup>۷</sup> است و از اختلال در تنظیم مونوآمین‌های نورون‌های فرونتو-استریاتال ناشی می‌شود (بوئیتلار<sup>۸</sup> و کوئیچ<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰؛ موگلیا<sup>۱۰</sup>، جین<sup>۱۱</sup> و کندی، ۲۰۰۲).

خطر ابتلا در دوقلوهای تک تخمکی بیش از دو تخمکی بوده است. هم‌چنین احتمال ابتلای پسران، دو تا نه برابر دختران گزارش شده است. برخی بررسی‌ها نشان داده‌اند که فراوانی موارد ابتلا به ADHD در خانواده‌های دختران مبتلا بیشتر از خانواده‌های پسران مبتلا است (اسمالی و همکاران، ۲۰۰۰).

هدف این پژوهش بررسی فرضیه انتقال وراثتی این بیماری بود. هر چند اثبات سبب‌شناسی وراثتی نیازمند بررسی‌های گسترده‌تر به‌ویژه از نوع فرزندخواندگی و بررسی دوقلوها است، ولی بررسی میزان فراوانی علائم ADHD در خانواده‌های کودکان مبتلا نیز در این زمینه سودمند است. از این رو در پژوهش حاضر، فراوانی اختلال در والدین بیولوژیک گروهی از کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD

1- Adler	2- Cohen
3- Kennedy	4- Feighner
5- Monuteaux	6- Smalley
7- familial	8- Buitelaar
9- Kooij	10- Muglia
11- Jain	12- convenient sampling
13- American Psychiatric Association	

۸۳/۳۳٪ (۲۵۰ نفر) از والدین این کودکان دارای دیپلم یا بالاتر، ۱۰٪ (۳۰ نفر) دارای مدرک پنجم ابتدایی و ۶/۶۶٪ (۲۰ نفر) دارای مدرک سیکل بودند. ۳۳/۳۳٪ والدین (۱۰۰ نفر) کارمند، ۱/۶۶٪ (۵ نفر) کارگر، ۲۵٪ (۷۵ نفر) دارای شغل آزاد و ۴۰٪ (۱۲۰ نفر از مادران) خانه‌دار بودند. در ۷۶٪ موارد، دست کم یکی از والدین و در ۲۰٪ موارد، هر دو والد دارای سابقه ADHD بودند. فراوانی سابقه ADHD در پدران بیشتر از مادران بود، به طوری که ۵۶٪ پدران و ۴۰٪ مادران دارای این سابقه بودند. در والدینی که دارای سابقه ADHD بودند (۱۴۴ نفر)، ۴۴/۴٪ (۶۴ نفر) سابقه نوع مختلط، ۴۳/۱٪ (۶۲ نفر) سابقه نوع بیش‌فعالی- تکانشی و ۱۲/۵٪ (۱۸ نفر) سابقه نوع کم‌توجهی را گزارش کردند.

## بحث

این بررسی نشان داد که فراوانی ADHD در پسران مورد بررسی بیشتر از دختران و فراوانی ADHD نوع مختلط بیشتر از انواع دیگر است که هر دو با یافته‌های اسمالی و همکاران (۲۰۰۰) هم‌خوانی دارد. این یافته نشان می‌دهد که میزان شیوع ADHD در گروه مورد بررسی بالا است. وجود سابقه ADHD در بیشتر والدین کودکان دارای ADHD احتمال تاثیر عوامل وراثتی را در سبب‌شناسی آن مطرح می‌کند (همان‌جا). برخی بررسی‌ها نشان داده‌اند که ۵۷٪ از کودکان والدین دارای اختلال بیش‌فعالی با کمبود توجه از این بیماری رنج می‌برند (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۵). هم‌چنین هر اندازه خویشاوندان فرد مبتلا به ADHD نسبت دورتری با بیمار داشته باشند، فراوانی گرفتاری در آنها کمتر خواهد بود (فارائون و بیدرمن، ۱۹۹۴).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که اختلال کم‌توجهی در دختران بیشتر از پسران است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰) و بروز این بیماری در پسران موجب آشفتگی بیشتر خانواده‌ها و یا افت تحصیلی و کاهش موفقیت بارزتری می‌گردد (گریتز<sup>۱</sup>، ساویر<sup>۲</sup>، هیزل<sup>۳</sup>، آرنی<sup>۴</sup> و باگهورست<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱). شاید فزونی پسران بر دختران در این بررسی ناشی از این امر باشد.

در این بررسی به دلیل محدود بودن شمار نمونه‌ها، امکان بررسی فراوانی ADHD در سابقه والدین به تفکیک جنسیت کودکان یا نوع ADHD آنان فراهم نشد. دسترسی نداشتن به پدران و مادران، بستگان و آموزگاران والدین مبتلا به ADHD

برای تأیید وجود علائم ADHD والدین در دوران کودکی از دیگر محدودیت‌های پژوهش به‌شمار می‌رود. غیر از والدینی که علائم ADHD را به‌طور کامل یا نسبی هنوز با خود داشتند، در مورد والدین دارای سابقه مثبت در دوران کودکی و بدون علامت فعلی، تنها به گفته‌های خود والدین استناد گردید؛ هم‌چنین پدران و مادرانی که علائم ADHD را بر پایه خاطرات خود در گذشته رد کردند. این پژوهش تنها در کودکان دچار ADHD انجام شد و گروه کودکان سالم یا دارای دیگر اختلال‌های روانپزشکی و پزشکی برای مقایسه یافته‌ها بررسی نشدند.

پیشنهاد می‌شود بررسی‌های گسترده‌تری بر روی خویشاوندان درجه یک، دو و سه، فرزندخوانده‌ها و دوقلوها برای بررسی سبب‌شناسی وراثتی انجام شود.

## سپاسگزاری

از خانواده‌های محترمی که در تکمیل این پژوهش، نویسندگان این مقاله را یاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۲/۲۳؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۵/۴؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۵/۷

## منابع

- Adler, L. A., Cohen, J., & Kennedy, R. (2003). Screening adults for ADHD. Available on: [www.medscape.com](http://www.medscape.com). View program adult ADD.
- Akhondzadeh, S., Tavakolian, R., Davari Ashtiani, R., Arabgol, F., & Amini, H. (2003). Selegiline in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 27, 841-845.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiely, K., Ablon, J. S., Reed, E., & Warburton, R. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 431-435.

1- Graetz  
3- Hazel  
5- Baghurst

2- Sawyer  
4- Arney

- Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, E., Lehman, B. K., & Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatry comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1792-1798.
- Biederman, J., Faraone, S., Keenan, B. J., Krifcher, B., Moore, C., Sprich-Buckminster, S., Ugaglia, K., Jellinek, M. S., Steingard, R., Spencer, T., Norman, D., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J., Keller, M. B., & Tsuang, M. T. (1992). Further evidence for family- genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Genetic Psychiatry*, *49*, 728-738.
- Biederman, J., Faraone, S., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M. T. (1990). Family genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, *29*, 526-533.
- Buitelaar, J. K., & Kooij, J. J. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Etiology, diagnosis, and treatment. [Article in Dutch] *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *144*, 1716-1723.
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (1994). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *3*, 285-301.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Chen, W. J., Millberger, S., Warburton, R., & Tsuang, M. T. (1995). Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder: Gender psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, *104*, 334-345.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Feighner, J. A., & Monuteaux, M. C. (2000). Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: Which is more valid. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 830-842.
- Ghanizadeh, A., Bahredar, M. J., & Moeini, S. R. (2006). *Knowledge of attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers*. The article Sent for publish to the *Journal of Patient Education & Counseling*, 2006, Feb. 24.
- Graetz, B., Sawyer, M., Hazell, P.L., Arney, F., & Baghurst, P. (2001). Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, *40*, 1410-1417.
- Khoushabi, K., Pouretmad, H. R., Homan, A., & Mohammadi, M. R. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among primary school students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *7* Nov. available on: [www.e-community-journal.com/contents/proc/abstract](http://www.e-community-journal.com/contents/proc/abstract).
- Muglia, P., Jain, U., & Kennedy, J. L. (2002). A transmission disequilibrium test of the Ser 9/ GLY dopamine D3 receptor gene polymorphism in adult ADHD. *Behavioral Brain Research*, *130*, 91-95.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). Comprehensive textbook of psychiatry (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (p.p. 2679-2692).
- Smalley, S. L., McGough, J. J., Del H'omme, M., New Delman, J., Gordon, E., Kim, T., Liu, A., & McCracken, J. T. (2000). Familial clustering of symptoms and disruptive behaviors in multiplex families with ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, *39*, 1135-1143.