

تحقیقی

ارتباط خانوادگی اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه با اختلال افسردگی اساسی در مبتلایان به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه

مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ مشهد در نیمه دوم سال ۱۳۸۲

چکیده

زمینه و هدف: همراهی اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه (ADHD) و اختلال افسردگی در مطالعات بالینی و اپیدمیولوژیک در منابع بزرگسال و اطفال گزارش شده است. با بررسی خویشاوندان درجه یک بیماران ADHD، این مطالعه به منظور تعیین ارتباط با الگوهای خانوادگی همراهی بین اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و اختلال افسردگی انجام شد. روش بررسی: این مطالعه مورد شاهدی روی ۲۰۸ کودک و نوجوان مبتلا به ADHD ۵ تا ۱۷ سال مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند که تشخیص بالینی ADHD در بیماران با مصاحبه بالینی روانپزشک و آزمون تشخیصی K-SADS انجام شده است. پس از آن که آنها را به دو گروه ADHD همراه با اختلال افسردگی و بدون اختلال افسردگی براساس مصاحبه بالینی روانپزشک و آزمون تشخیصی K-SADS برای افسردگی، تقسیم کردیم با مطالعه ۷۷۹ خویشاوند درجه یک (۴۱۶ والد و ۳۶۳ خواهر و برادر) با استفاده از مصاحبه بالینی روانپزشکی و آزمون تشخیصی K-SADS, ADHD و وجود اختلال افسردگی و ADHD را بررسی کرده‌ایم. یافته‌ها: میزان بالایی از اختلال افسردگی را تنها در بین خویشاوندان گروه ADHD همراه با افسردگی در مقایسه با خویشاوندان گروه ADHD بدون افسردگی دیده شده است و میزان ADHD در خویشاوندان هر دو گروه یکسان بود. اختلال افسردگی در خویشاوندان درجه یک بیمار ADHD که خودشان ADHD داشته در مقایسه با خویشاوندانی که ADHD ندارند، بیشتر بود. نتیجه‌گیری: اختلال ADHD و افسردگی از نظر اتیولوژی مستقل بوده و به طور وابسته به یکدیگر منتقل می‌شوند که می‌تواند حمایت‌کننده زیر گروه خانوادگی مجزایی برای ADHD باشد.

کلید واژه‌ها: ADHD - افسردگی - خویشاوند درجه یک

دکتر پرویا حبرانی
استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دکتر فاطمه بهدانی
استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
دکتر جواد علاقبندراد
استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نویسنده مسئول: دکتر پرویا حبرانی

پست الکترونیکی: phebrani@yahoo.com

نشانی: مشهد، خیابان عامل، بیمارستان روانپزشکی ابن سینا

تلفن: ۰۵۱۱ - ۷۶۱۰۰۱۱

نمابر: ۷۱۱۲۵۴۵

وصول مقاله: ۸۳/۱۱/۲۱

اصلاح نهایی: ۸۴/۱۰/۱۷

پذیرش مقاله: ۸۴/۱۰/۱۸

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی با شروع کودکی است (۱). اهمیت این اختلال به دلیل شیوع بالای آن می‌باشد که ۵۰ درصد کودکان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانپزشکی را تشکیل می‌دهد و آمارنشان می‌دهد که حدود ۳ تا ۵ درصد کودکان در سن مدرسه مبتلا به ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) می‌باشند (۲).

با توجه به شیوع بالای این اختلال که جمعیت وسیعی از کودکان و نوجوانان را شامل می‌شود یک مسأله مهم بهداشت روانی جامعه تلقی می‌شود.

ADHD و اختلال افسردگی اساسی براساس مطالعات اپیدمیولوژیک (۳ و ۴) و بالینی (۱۱-۵) کودکان، در ۲۰ تا ۳۰ درصد موارد با هم دیده می‌شوند.

مطالعات پیگیری‌کننده کودکان ADHD و افسرده‌بیانگر آن است که همراهی این دو اختلال با یکدیگر پیش‌آگهی ضعیف می‌باشد (۱۴-۱۲).

بنابراین همراهی ADHD و اختلال افسردگی اساسی بیانگر

زیر گروهی از جمعیت کودکان ADHD در معرض ناتوانی در مقایسه با سایر کودکان و نوجوانان ADHD بدون چنین همراهی می‌باشد (۱۵).

برخی مطالعات نشان داده است که فرزندان بیماران با اختلال افسردگی میزان بالایی از ADHD دارند (۱۵). همچنین شیوع اختلال افسردگی در خانواده‌های کودکان ADHD از کودکان طبیعی بالاتر است (۱۶).

در مطالعات خانوادگی که توسط فارون و بیدرمن انجام شده وجود یک ارتباط خانوادگی بین این دو اختلال تایید شده است (۱۷ و ۱۸).

بر اساس مطالعات قبلی، ADHD و اختلال افسردگی اساسی دارای استعدادپذیری خانوادگی مشترک بوده و خطر افسردگی در بین خویشاوندان بیماران ADHD با یا بدون اختلال افسردگی بالاتر از خطر افسردگی در خویشاوندان کودکان طبیعی مورد مقایسه بوده است (۱۸) ولی در مورد چگونگی انتقال اختلال افسردگی در ADHD نظریات متفاوتی وجود دارد. در مطالعه بیدرمن مشخص شد که خطر اختلال افسردگی در خویشاوندان کودکان ADHD با یا بدون افسردگی یکسان است و این فرضیه را مطرح نمود که

بدون افسردگی بینیم و میزان ADHD در خویشاوندان هر دو گروه یکسان می‌باشد. چنانچه اختلال افسردگی در خویشاوندان درجه یک بیمار ADHD که خودشان ADHD داشته بیشتر از خویشاندانی که ADHD ندارند باشد، در این صورت این دو اختلال به طور وابسته با یکدیگر منتقل می‌شود.

فرضیه دوم: ADHD و اختلال افسردگی اساسی از نظر ایتولوژی دارای عوامل ژنتیکی خانوادگی مشترک باشند و در واقع ADHD و افسردگی یک طیف از عامل ژنتیکی مشترک محسوب می‌شود. در این صورت انتظار می‌رود که میزان افسردگی در خویشاوندان درجه یک گروه ADHD بدون افسردگی و گروه ADHD با افسردگی یکسان باشد.

روش بررسی

این مطالعه مورد-شاهدی روی تمامی مبتلایان به ADHD، محدوده سنی ۵ تا ۱۷ سال که به درمانگاه روانپزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ در نیمه دوم سال ۱۳۸۲ مراجعه نموده‌اند، می‌باشد. ارجاع این کودکان از طریق والدین، مدرسه و یا متخصصین اطفال و یا روانپزشک بوده است که برای ارزیابی روانپزشکی در مرکز فوق تخصصی اطفال ارجاع شده‌اند. تعداد ۲۰۸ کودک مبتلا به ADHD (۷۴ دختر و ۱۳۴ پسر) از بین مراجعین که با روش انتخاب پذیرش متوالی (consecutive admission) نمونه‌گیری شده‌اند، انتخاب شده که با مصاحبه تشخیصی روانپزشک فوق تخصصی کودک و نوجوان طبق ملاک‌های DSM-IV و پرسشنامه تشخیصی اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی برای کودکان [schedule for affective disorders & schizophrenia for school age children (K-SADS)] بخش ADHD وجود ADHD مورد تأیید قرار گرفته است. ما بیماران را در دو گروه مورد مطالعه قرار دادیم. ۱۰۴ بیمار ADHD با اختلال افسردگی و ۱۰۴ بیمار ADHD بدون اختلال افسردگی که از نظر سنی با یکدیگر همسان شده بودند را مورد مقایسه قرار دادیم.

بیمارانی که بیماری‌های ارگانیک واضح داشتند (براساس تاریخچه اخذ شده از خانواده و ثبت موارد پزشکی علل ارگانیک واضح نظیر اختلال بینایی، شنوایی، تشنج، سکل‌های تروما به سر، اختلال طبعی مزمن یا حاد و دیسفونکسیون‌های مغزی) و همچنین بیمارانی که بهره هوشی آنها کمتر از ۸۰ بود و یا اختلال پسیکو تیک و یا اوتیسم داشتند، از مطالعه حذف شدند. ما همچنین برای حذف عوامل خانوادگی مخرب ایجاد کننده افسردگی، کودکان به فرزندی پذیرفته شده و یا کودکان طلاق و خانواده‌های تک والدی را

ADHD و اختلال افسردگی تظاهرات متفاوت یک عامل ایتولوژیک مشابه هستند و تفاوت کودکان ADHD افسرده با کودکان ADHD بدون افسردگی در ارتباط با عوامل محیطی می‌باشد (۱۸).

در حالی که بسیاری از یافته‌های بیانگر عوارض مخرب محیط خانوادگی بر عملکرد کودکان است و بر اهمیت تعارض خانوادگی و عملکرد انطباقی کودکان تأکید کرده است (۲۰ و ۲۱) ولی برخی یافته‌ها از این فرضیه که عوامل مخرب خانوادگی یک عامل ایتولوژیک برای خطر افسردگی در کودکان ADHD می‌باشد، حمایت نکرده (۱۵) و تأکید بر وجود یک سندرم واقعی افسردگی در بین کودکان ADHD افسرده کرده که بر اساس این فرضیه ADHD و اختلال افسردگی سیر مجزا و مستقل از یکدیگر دارند (۱۵).

مطالعات مایک و همکاران (۱۹) منعکس کننده این فرضیه می‌باشد که اختلال افسردگی تنها در خویشاوندان ADHD دختر افسرده شایع است و بیانگر وجود انتقال این دو اختلال با یکدیگر و به طور وابسته در دختران مبتلا به ADHD است.

با توجه به وجود یافته‌های متفاوت در زمینه چگونگی انتقال اختلال افسردگی در ADHD و با توجه به آن که بیشتر مطالعات قبلی نتایج خود را براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-III-R به دست آورده‌اند و همچنین محدود بودن مطالعات در زمینه ADHD و اختلالات همراه آن در ایران، هدف ما در این مطالعه ارزیابی بیشتر ارتباط بین ADHD و اختلال افسردگی می‌باشد. لذا با رسم ژنوگرام مبتلایان به ADHD برای مطالعه ژنتیک خانواده که یکی از روش‌های تحقیقی روانپزشکی برای بررسی علل و ایتولوژی اختلال می‌باشد (۲۲) استفاده کرده تا با تعیین الگوهای پاتولوژیک در اعضای خانواده به فهم بهتر ارتباط بین اختلالات همراه در ADHD کمک کند. همین‌طور با تعیین وجود زیرگروه‌های مختلف ADHD بر اساس وجود اختلالات همراه و پسیکوپاتولوژی در خانواده، می‌تواند مطرح کننده گروه‌های مختلفی از ADHD از نظر عوامل خطر سیر بالینی و پاسخ درمانی متفاوت باشد که تعیین مناسب و دقیق آنها باعث بهبود در مداخله و استراتژی درمانی می‌شود (۱).

براساس مطالعات قبلی (۱۸) این دو فرضیه را مورد ارزیابی قرار داده‌ایم:

فرضیه اول: ADHD و اختلال افسردگی از نظر ایتولوژی مستقل هستند و یک زیر گروه خانوادگی مجزا را تشکیل می‌دهند و در این صورت انتظار داریم که میزان بالایی از اختلال افسردگی را تنها در بین خویشاوندان گروه ADHD همراه با افسردگی در مقایسه با خویشاوندان گروه ADHD

سنجیده می‌شود، شامل اختلالات خلقی، پسیکوزها، اختلالات اضطرابی، خوردن، اختلالات دفعی، اختلالات رفتاری ایذایی، تیک، سوء مصرف مواد و اختلال استرس پس از سانحه [Post traumatic stress disorder (PTSD)] می‌باشد. این تست ویژگی بالا ولی احتمالاً حساسیت پایینی دارد (۲۲).

پرسشنامه SADS: یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته با پایایی بالاست که وجود اختلال را در طول زندگی و حمله کنونی ارزیابی می‌کند. پرسشنامه برای افراد ۱۸ سال به بالا به کار می‌رود و طیف وسیعی از اختلالات روانپزشکی را طبق DSM-IV, DSM-III-R ارزیابی می‌کند. تمامی مصاحبه‌ها توسط متخصص بالینی روانپزشک اجرا می‌شود. این آزمون نیز ویژگی بالا ولی حساسیت پایینی دارد (۲۳).

Wender Utah Rating Scale: یک پرسشنامه خودسنجی است که برای تشخیص ADHD در گروه سنی ۱۸ سال و به بالا اجرا می‌شود که وجود ADHD را در دوره کودکی تایید می‌کند. پرسشنامه فوق توسط هر یک از والدین و همشیره‌های بالای سن ۱۸ سال پر می‌شود. اطلاعات این پرسشنامه برای تکمیل یافته‌های حاصله از مصاحبه مستقیم برای کسب بهترین تشخیص ADHD در والدین و همشیره‌های سن بالای ۱۸ سال استفاده می‌شود.

بر اساس اعتباریابی انجام شده توسط McCann و همکاران (۲۴) و Ward و همکاران (۲۵) اعتبار آن ۵۷/۵-۸۶ درصد گزارش شده، بر اساس ارزیابی میزان حساسیت و اختصاصی بودن تست فوق توسط Retz-Junginger و همکاران (۲۶) با در نظر گرفتن نقطه برش ۳۰، میزان حساسیت آن ۸۵ درصد و میزان اختصاصی بودن آن ۷۶ درصد گزارش شده است.

مقیاس هوشی و کسلر (Wechsler-Belleva Intelligence Scale): پر استفاده‌ترین معیار ارزیابی عملکرد شناختی و هوشی است. دارای سه مقیاس ارزیابی هوشی کلامی، غیر کلامی و کلی می‌باشد. نمره هر کدام از این سه قسمت مخصوص با متوسط ۱۰۰+۱۵ به دست می‌آید. تست بهنجاری، اعتبار و پایایی بالایی دارد (۲۷). مقیاس ضریب پایایی به دست آمده در شیراز توسط شهیم به روش بازآزمایی بین همه خرده آزمون‌ها از ۰/۴۴ تا ۰/۹۴ متغیر بوده و در روش تصنیفی نیز از ۰/۴۲ تا ۰/۹۴ در نوسان بوده است (۲۸). اجرا آزمون توسط روانشناس بالینی آموزش دیده اجرا می‌شود.

نتایج آزمون با روش آماری با کمک نرم افزارهای آماری SPSS با استفاده از آزمون‌های مختلف کای اسکور و محاسبه odds ratio از نظر وجود یا عدم وجود ارتباط معنادار آماری بین متغیرهای مورد سنجش ارزیابی می‌شود.

از مطالعه حذف کردیم. پس از تأیید اختلال ADHD در مراجع با در نظر گرفتن ملاک‌های شمول و حذف، برای بررسی اختلال افسردگی همراه در بیمار ADHD، مصاحبه بالینی با کودک و والدین توسط روانپزشک بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و اجرای آزمون K-SADS به منظور تأیید اختلال انجام شد.

تعداد ۷۷۹ خویشاوند درجه یک آنها (۴۱۶ والد و ۳۶۳ خواهر و برادر) نیز مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند.

برای تعیین اختلال افسردگی در خانواده با مصاحبه بالینی توسط روانپزشک و انجام مصاحبه بالینی ساخت یافته توسط پرسشنامه تشخیصی اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی برای والدین و همشیره‌های سن بالای ۱۸ سال استفاده شد و برای تعیین اختلال افسردگی و ADHD در همشیره‌های سن زیر ۱۸ سال مصاحبه بالینی روانپزشک و آزمون تشخیصی K-SADS استفاده شد. برای تعیین ADHD در والدین و همشیره‌های سن بالای ۱۸ سال با مصاحبه بالینی روانپزشک و مقیاس اندازه‌گیری وندر یوتا (Wender Utah Rating Scale) استفاده شد.

در تعدادی از افراد خانواده که مراجعه حضوری نداشتند اطلاعات به طور تاریخچه‌ای از طریق گزارش‌های کسب شده از چند مطلع از افراد خانواده حاصل شد و نتایج حاصله با یکدیگر مقایسه شده‌اند. افراد پژوهش با رضایت‌نامه کتبی از والدین انتخاب شده و از آنجایی که پژوهش مداخله‌ای روی بیماران ندارد و صدمه و مزاحمتی برای آنها فراهم نمی‌کند از نظر اخلاقی مشکلی ایجاد نکرده و اطلاعات به دست آمده محرمانه خواهد بود.

برای گردآوری داده‌های پژوهش پرسشنامه‌های زیر به کار برده شده است:

پرسشنامه K-SADS یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته با پایایی بالاست و دو گرایش اصلی دارد که K-SADS-E وجود اختلال را در طول زندگی و حمله کنونی ارزیابی می‌کند پرسشنامه برای افراد ۵ تا ۱۷ سال به کار می‌رود و توسط مصاحبه‌گر از کودک و والدین تکمیل می‌شود. طبق معیارهای سومین چاپ تجدید نظر شده و چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی [revised of the third & the fourth edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IIIIR, DSM-IV)] به طور جداگانه اختلالات را می‌سنجد آزمون توسط متخصص بالینی اجرا می‌شود، با ارزیابی و مقایسه اطلاعات به دست آمده از کودک و والدین، تشخیص نهایی به عهده درمانگر است. طیف اختلالاتی که توسط آزمون

جدول ۳: توزیع فراوانی نسبی و مطلق خطر اختلال افسردگی در خویشاوندان درجه یک بیمار ADHD مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ مشهد و مقایسه آن براساس وجود اختلال ADHD در خویشاوند درجه یک بیمار مبتلا

statistic	نسبت شانس (Odds Ratio)	ADHD	
		ندارد تعداد (درصد)	دارد تعداد (درصد)
افسردگی	۳/۶۵۴ (۲/۰۰۳-۶/۶۶۷)	۳۴ (۲۵/۴)	۱۰۰ (۷۴/۶)

از طرف دیگر در مقایسه خطر اختلال افسردگی در خویشاوندان درجه یک بیمار ADHD نشان دهنده آن است که خطر افسردگی در خویشاوند دارای اختلال ADHD، ۳/۶ بار بیشتر از خویشاوند فاقد بیمار ADHD بود (جدول ۳).

در جدول ۴ با استفاده از رگرسیون لجستیک نقش سایر متغیرها نظیر سن و جنس و وجود اختلال ADHD در خانواده بیمار را در ایجاد افسردگی در کودک ADHD نشان داده که موید آن است که با در نظر گرفتن عوامل فوق بازهم وجود افسردگی در خویشاوند درجه یک عامل خطری برای ایجاد افسردگی در مبتلایان ADHD بوده است.

جدول ۴: تاثیر متغیرهای مداخله‌گر در ایجاد افسردگی در بیماران ADHD مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ مشهد

متغیرهای مستقل	ضریب رگرسیون	Pv
جنس	-۰/۴۷۷	۰/۱۲۵
سن	-۰/۰۵۳	۰/۵۵۲
ADHD در خانواده	۰/۲۵۹	۰/۴۲۱
افسردگی در خانواده	۱/۰۶۹	۰/۰۰۱

بحث

در این مطالعه ما با ارزیابی خطر اختلال افسردگی در خانواده بیماران ADHD با یا بدون افسردگی سعی در فهم بهتر ارتباط این دو اختلال با یکدیگر داشته‌ایم.

براساس یافته‌های ما، میزان بالایی از اختلال افسردگی تنها در بین خویشاوندان گروه ADHD همراه با افسردگی در مقایسه با خویشاوندان گروه ADHD بدون افسردگی دیده شده است. اما میزان ADHD در خویشاوندان هر دو گروه یکسان می‌باشد که تایید کننده فرضیه اول ما می‌باشد که ADHD و اختلال افسردگی از نظر اتیولوژی مستقل هستند و یک زیر گروه خانوادگی مجزا را تشکیل می‌دهند و با توجه به آن که اختلال افسردگی در خویشاوندان درجه یک بیمار ADHD که خودشان ADHD داشته بیشتر از خویشاوندانی است که ADHD ندارند، بنابراین به نظر می‌رسد که این دو اختلال به طور وابسته با یکدیگر منتقل می‌شوند.

همان‌گونه که قبلاً ذکر شد گرچه در مطالعات قبلی

برای معنادار بودن نتایج حداکثر $P < 0/05$ در نظر گرفته می‌شود و نیز از رگرسیون لجستیک برای ارزیابی نقش عوامل مداخله‌گر استفاده کرده‌ایم.

یافته‌ها

شرکت کننده‌های این مطالعه ۲۰۸ کودک و نوجوان ADHD، ۷۴ (۳۵/۶ درصد) و ۱۳۴ پسر (۶۴/۴ درصد) می‌باشد که خصوصیات دموگرافیک آنها در جدول یک نشان داده شده است.

جدول ۱: خصوصیات جمعیت‌شناختی مبتلایان به اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ مشهد در نیم‌سال دوم ۱۳۸۲

جنس	تعداد (درصد)
دختر	۷۴ (۳۵/۶)
پسر	۱۳۴ (۶۴/۴)
سن (سال)	
۴-۶	۱۷ (۸/۲)
۷-۱۲	۱۳۴ (۶۴/۴)
۱۳-۱۷	۵۶ (۲۶/۹)

اختلال افسردگی در ۷۶/۹ درصد (۸۰ نفر) خویشاوندان درجه یک مبتلایان به ADHD با اختلال افسردگی و در ۵۱/۹ درصد (۵۴ درصد) خویشاوندان درجه یک مبتلایان به ADHD بدون افسردگی دیده شد که بانجام آزمون کای اسکوئر تفاوت معنادار ($P < 0/05$) وجود داشت و با محاسبه نسبت شانس، وجود اختلال افسردگی در خانواده بیمار مبتلا به ADHD یک عامل خطر برای اختلال افسردگی در کودک ADHD بوده و شانس افسردگی را ۳ برابر می‌کند. در حالی که اختلال ADHD در خانواده بیماران ADHD همراه یا بدون اختلال افسردگی به طور یکسان دیده می‌شود و با یکدیگر تفاوتی نداشت و با محاسبه نسبت شانس، وجود اختلال ADHD در خانواده بیمار مبتلا خطر اختلال افسردگی را در کودک ADHD افزایش نمی‌داد که در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی و مطلق خطر اختلال افسردگی و ADHD در خویشاوندان درجه یک بیمار ADHD همراه با و بدون اختلال افسردگی مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ مشهد و مقایسه آن براساس وجود اختلال افسردگی همراه

بیمار ADHD خویشاوندان درجه یک بیمار	افسردگی		نسبت شانس (Odds Ratio)	افسردگی	ارزش P
	دارد تعداد (درصد)	ندارد تعداد (درصد)			
افسردگی	۱۰ (۷۶/۹)	۵۴ (۵۱/۹)	(۱/۶۹۹-۵/۶۰۵)	<0/05	
ADHD	۷۲ (۶۹/۲)	۶۱ (۵۸/۷)	(۰/۱۹۶-۲/۸۰۷)	طبیعی	

مشکلات و محدودیت‌های مطالعه اخیر در ارتباط با جمعیت مورد مطالعه از بیماران مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی روانپزشکی اطفال بوده، بنابراین شامل گروه‌های ADHD تشخیص داده نشده نمی‌باشد، بنابراین نتایج ما قابل تعمیم به جامعه نیست.

در این مطالعه والدین نسبت به تشخیص ناآگاه نبوده بنابراین احتمال آن که مشکلات همراه را در کودکان خود با سوگیری گزارش کنند، وجود داشته به علاوه بیشتر اطلاعات ما از مادران گرفته شده که این خود در سوگیری اطلاعات مکسویه دخیل می‌باشد و از اعتبار یافته‌ها می‌کاهد.

ابزارهای استفاده شده برای ارزیابی اختلالات روانپزشکی، گرچه در ایران از نظر روایی و پایایی مورد ارزیابی قرار نگرفته ولی با توجه به آن که وابسته به فرهنگ نبوده، می‌توان به روایی و پایایی گزارش شده در منابع خارجی استناد نمود که البته از محدودیت‌های مطالعه اخیر شمرده می‌شود.

علی‌رغم محدودیت‌های موجود یافته‌های ما می‌تواند بیانگر آن باشد که اختلال افسردگی در بین خویشاوندان ADHD یک عامل خطر برای همراهی ADHD با افسردگی در بیماران ADHD می‌باشد و ADHD و اختلال افسردگی با هم یک زیرگروه خانوادگی مجزا را تشکیل می‌دهند که می‌تواند عوامل خطر، سیربالینی و پاسخ درمانی متفاوت را مطرح کند که تعیین مناسب و دقیق آنها باعث بهبود در مداخله و استراتژی درمانی می‌شود.

تشکر و قدردانی

با تشکر از تمامی کارکنان زحمت کش کلینیک روانپزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ و والدینی که ما را در این تحقیق یاری دادند.

References

- 1) Smalley SL, McGough JJ, Del'Homme M, NewDelman J, Gordon E, Kim T, et al. *Familial clustering of symptoms and disruptive behaviors in multiplex families with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000; 39(9):1135-43.
- 2) Cantwell DP. *Attention deficit disorder: a review of the past 10 years*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996; 35(8):978-87.
- 3) Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. *DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population*. Arch Gen Psychiatry. 1987; 44(1):69-76.
- 4) Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Gould MS, Ribera J, Sesman M, et al. *Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures*. Arch Gen Psychiatry. 1988; 45(12):1120-6.
- 5) Biederman J, Newcorn J, Sprich S. *Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety,*

همراهی اختلال افسردگی و بیش‌فعالی با یکدیگر را به عنوان یک زیر گروه مجزا در نظر گرفته‌اند ولی نحوه این همراهی مورد بحث است (۳۱ و ۳۰). یافته ما هماهنگ با برخی از نتایج قبلی است که انتقال این دو اختلال را در دختران مبتلا به ADHD وابسته به یکدیگر ذکر کرده‌اند (۱۹) و در مطالعات خانوادگی که توسط Biederman و Faraone انجام شده وجود یک ارتباط خانوادگی بین این دو اختلال تایید شده است ((۱۷ و ۱۸). ولی برخلاف یافته‌های Biederman (۱۵) به نظر می‌رسد که وجود اختلال ADHD در زیر گروهی از بیماران با سابقه افسردگی در خانواده، می‌تواند پیش‌گویی کننده اختصاصی برای وجود اختلال افسردگی باشد. براساس یافته اخیر اختلال ADHD و افسردگی از نظر اتیولوژی مستقل بوده و به طور وابسته به یکدیگر منتقل می‌شوند که می‌تواند حمایت کننده زیرگروه خانوادگی مجزایی برای ADHD باشد که ممکن است عوامل خطر، سیربالینی و پاسخ درمانی متفاوتی را مطرح کند. لذا با توجه به آن که اختلال همراه افسردگی منجر به پسکوپاتولوژی شدیدتر، اختلال عملکرد بارزتر و حتی بستری شدن در بیمارستان می‌شود و با توجه به آن که اختلال افسردگی یک اختلال قابل درمان می‌باشد، بنابراین جستجوی این اختلال در کودکان ADHD به طور روتین الزامی به نظر می‌رسد.

گرچه نقش عوامل مخرب خانوادگی را در ایجاد اختلال افسردگی و اثر مخرب آن بر عملکرد کودکان را نمی‌توان نادیده گرفت (۲۰) و براساس مطالعه Hammen درمقایسه مادران غیرافسرده با مادران افسرده، به نظر می‌رسد که مادران افسرده توجه منفی تری نسبت به علائم کودکان علامت‌دار خود داشته و بنابراین به روش منفی تری واکنش نشان داده که منجر به بدتر شدن موقعیت کودک می‌شود (۲۸).

and other disorders. Am J Psychiatry. 1991; 148(5):564-77.

6) Jensen JB, Burke N, Garfinkel BD. *Depression and symptoms of attention deficit disorder with hyperactivity*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1988; 27(6):742-7.

7) Munir K, Biederman J, Knee D. *Psychiatric comorbidity in patients with attention deficit disorder: a controlled study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1987; 26(6):844-8.

8) Staton RD, Brumback RA. *Non-specificity of motor hyperactivity as a diagnostic criterion*. Percept Mot Skills. 1981; 52(1): 323-32.

9) Woolston JL, Rosenthal SL, Riddle MA, Sparrow SS, Cicchetti D, Zimmerman LD. *Childhood comorbidity of anxiety/affective disorders and behavior disorders*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1989; 28(5): 707-13.

10) Dilsaver SC, Henderson-Fuller S, Akiskal HS. *Occult mood disorders in 104 consecutively presenting children referred for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a*

- community mental health clinic. J Clin Psychiatry. 2003; 64(10):1170-6
- 11) Mick E, Biederman J, Santangelo S, Wypij D. *The influence of gender in the familial association between ADHD and major depression.* J Nerv Ment Dis. 2003; 191(11):699-705.
- 12) Biederman J, Faraone S, Mick E, Lelon E. *Psychiatric co morbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact?* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995; 34(5): 579-90.
- 13) Biederman J, Faraone S, Milberger S, Guite J, Mick E, Chen L, et al. *A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders.* Arch Gen Psychiatry. 1996; 53(5):437-46.
- 14) Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak MA, Paulauskas SL, Finkelstein R. *Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery.* Arch Gen Psychiatry. 1984; 41(3): 229-37.
- 15) Biederman J, Mick E, Faraone SV. *Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: "true" depression or demoralization?* J Affect Disord. 1998; 47(1-3):113-22.
- 16) Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Tsuang MT. *Evidence of familial association between attention deficit disorder and major affective disorders.* Arch Gen Psychiatry. 1991; 48(7):633-42.
- 17) Faraone SV, Biederman J. *Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors?* J Nerv Ment Dis. 1997; 185(9):533-41.
- 18) Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C, et al. *Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples.* Arch Gen Psychiatry. 1992; 49(9):728-38.
- 19) Mick E, Biederman J, Santangelo S, Wypij D. *The influence of gender in the familial association between ADHD and major depression.* J Nerv Ment Dis. 2003; 191(11):699-705.
- 20) Offord DR, Boyle MH, Racine YA, Fleming JE, Cadman DT, Blum HM, et al. *Outcome, prognosis, and risk in a longitudinal follow-up study.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1992; 31(5): 916-23.
- 21) Keller MB, Beardslee WR, Dorer DJ, Lavori PW, Samuelson H, Klerman GR. *Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptive functioning and psychopathology in children.* Arch Gen Psychiatry. 1986; 43(10): 930-7.
- 22) Orvaschel H, Puig-Antich J. *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18). Epidemiologic Version (K-SADS-E).* Fourth Ed. Nova University Center for Psychological Study. Fort Lauderdale. 1987. Available at <http://www.moodykids.org>
- 23) Mannuzza S, Fyer A, Klein D, Endicott J. *Schedule for affective disorders and schizophrenia-lifetime version modified for the study of anxiety disorders (SADS-LA): rationale and conceptual development.* J Psychiat Res. 1986; 20: 317-325.
- 24) McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P. *Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults.* J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000; 12(2):240-5.
- 25) Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. *The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder.* Am J Psychiatry. 1993; 150(6):885-90.
- 26) Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Stieglitz RD, Georg T, Supprian T, Wender PH, Rosler M. *Reliability and validity of the Wender-Utah-Rating-Scale short form. Retrospective assessment of symptoms for attention deficit/hyperactivity disorder.* Nervenärztl. 2003; 74(11):987-93.
- 27) Wechsler D. *Wechsler Intelligence Scale for children.* Third Ed. New York. The Psychological Corporation. 1991.
- 28) شهیم ، س. انطباق و هنجاریابی مقیاس تجدید نظر شده هوشی و کسفر برای کودکان. چاپ دوم. شیراز. انتشارات دانشگاه شیراز. سال ۱۳۷۷.
- 29) Conrad M, Hammen C. *Role of maternal depression in perceptions of child maladjustment.* J Consult Clin Psychol. 1989; 57(5):663-7.
- 30) Pliszka SR. *Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: implications for management.* Journal of Paediatric Drugs. 2003; 5(11):741-50.
- 31) Pliszka SR. *Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder.* Journal of Child and Adolescent Psychiatric of Clinical North America. 2000; 9(3): 525-40.