پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال شانزدهم، شماره ۴، پی در پی ۸۲، صفحات ۱۶۲ تا ۱۶۸
مهر و آبان ۱۳۹۰

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۲/۲۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۷/۱۸

بررسی فراوانی اختلالهای همبود و تأثیر آن بر پاسخ به درمان متیل فنیدیت در کودکان مبتلا به ADHD

علی مشهدی[۱]، عاطفه سلطانی فر[۲*]، فاطمه محرری[۲]، فهیمه نوفرستی[۳]

۱- استادیار روان‌شناسی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد
۲- ، استادیار روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی وعلوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۳- پزشک عمومی

چکیده

سابقه و هدف: اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) یک اختلال عصبی رفتاری شایع در کودکان بوده که کنش‌وری-روانی اجتماعی کودک را در زمینه‌های مختلف تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی تحت تأثیر قرار می‌دهد. اختلالهای روان‌پزشکی زیادی به صورت همبود با این اختلال، وجود دارند که سبب افزایش شدت مشکلات بعدی در این کودکان می‌شود. هدف این پژوهش، تعیین تأثیر وجود اختلالهای همبود بر پاسخ به درمان متیل فنیدیت در کودکان مبتلا به ADHD بود.

مواد و روشها: پژوهش حاضر در گام اول، یک پژوهش توصیفی و در مرحله دوم، یک کارآزمایی بالینی بود. تعداد ۵۰ نفر از کودکان سنین ۱۲- ۶ سال، مبتلا به ADHD که به کلینیک روان‌پزشکی کودک و نوجوان دکتر شیخ مشهد مراجعه کردند، از طریق نمونه‌گیری به روش پذیرش متوالی انتخاب شدند. تشخیص اختلال ADHDو اختلالهای روان‌پزشکی همبود، بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR و نیز استفاده از آزمون تشخیصی K-SADS با استفاده از مصاحبه بالینی، توسط فوق تخصص روان‌پزشک کودک و نوجوان انجام شد. پس از اخذ رضایت از مادران، با توجه به وزن و سن کودک، دوز مناسبی از داروی متیل فنیدیت برای آنان شروع شد و به مدت ۴ هفته ادامه یافت. قبل از شروع درمان، فهرست ADHD-RS توسط مادر بیمار تکمیل و سپس بعد از ۴ هفته، برای بررسی اثر درمان، آزمون مجدداً توسط مادر تکمیل شد. میزان بهبودی و پاسخ‌دهی، بر مبنای قضاوت بالینی روان‌پزشک و آزمونها انجام شد. تحلیل داده‌های این پژوهش، توسط آزمونهای مک‌نمار و کای دو، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام شد.

یافته‌ها: از ۵۰ بیمار مبتلا به این اختلال، ۶۰ درصد به درمان پاسخ خوب دادند. همچنین نتایج، حاکی از آن بود که ۷۲ درصد از آزمودنیها، حداقل دارای یک اختلال همبود بودند که از این تعداد، اختلالهای اضطرابی با ۵۸ درصد، اختلالهای ایذایی با ۵۴ درصد، اختلالهای تیک با ۱۲ درصد و اختلالهای دفع با ۱۰ درصد، بیشترین میزان همبودی را با اختلال ADHD نشان دادند. کودکان ADHD بدون اختلال همبود، در مقایسه با کودکان ADHD با اختلالهای همبود، به درمان متیل فنیدیت، بسیار بهتر پاسخ دادند ($p<۰/۰۵$). در بررسی میزان پاسخ‌دهی به این درمان در هر یک از اختلالهای همبود با ADHD، نتایج نشان داد که در اختلال اضطرابی و اختلال ایذایی، بین دو گروه پاسخ‌ده خوب و ضعیف، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p<۰/۰۵$) و در اختلال تیک و اختلال دفع، این تفاوت معنی‌دار نبود ($p>۰/۰۵$) و نیز بین سن، جنسیت و نوع اختلالADHD، در دو گروه با و بدون اختلالهای همبود، با توجه به پاسخ‌دهی به درمان، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: وجود اختلالهای روان‌پزشکی همبود با ADHD، منجر به تغییر پاسخ‌دهی به درمان متیل فنیدیت شده و میزان پاسخ‌دهی به این نوع درمان دارویی را کاهش می‌دهد. همچنین پاسخ به این نوع درمان، ممکن است وابسته به نوع اختلال همبود باشد.

واژگان کلیدی: اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (ADHD)، اختلالهای روان‌پزشکی همبود، متیل فنیدیت.

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Mashhadi A, Soltanifar A, Moharreri F, Noferesti F. Frequency of comorbid disorders and their impact on response to methylphenidate treatment in children with ADHD. Pejouhandeh 2011;16(4):162-68.

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی (ADHD) یکی از شایعترین اختلالهای عصب-رفتاری (Neurobehavioral disorder) در دوران کودکی است. راهنمای تشخیصی و آماری انجمن

*نویسنده مسؤول مکاتبات: دکتر عاطفه سلطانی فر؛مشهد، میدان بو علی، بلوار حر عاملی، بیمارستان آموزشی روان‌پزشکی ابن‌سینا، گروه روان‌پزشکی،دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ تلفن: ۷۱۱۲۷۲۱ – ۰۵۱۱؛پست الکترونیک: soltanifara@mums.ac.ir

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-06]

روان‌پزشکی آمریکا (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR) شیوع این اختلال را در کودکان، ۳ تا ۷ درصد برآورد کرده است (۱). این اختلال، از طریق سه نشانه نارسایی توجه (Inattention)، تکانشگری (Impulsiveness) و فزون‌کنشی (Hyperactivity) مشخص می‌شود. در DSM-IV-TR با توجه به این سه نشانه، سه زیر نوع متفاوت برای این اختلال در نظر گرفته شده است که عبارتند از: نوع غلبه با بی‌توجهی (predominantly inattentive subtype, ADHD-I) نوع غلبه با فزون‌کنشی/ تکانشگری (predominantly hyperactive/impulsive, ADHD-H) و نوع ترکیبی (combined subtype, ADHD-C). نشانه‌های رفتاری این اختلال، عموماً قبل از ۷ سالگی بروز کرده و در طول تحول، نسبتاً پایدارند. فراوانی این اختلال در پسران نسبت به دختران، بیشتر و در دامنه‌ای از ۲ به ۱ تا ۹ به ۱ گزارش شده است (۱و۲).

کودکان مبتلا به این اختلال نسبت به همسالان خود، مشکلات پزشکی، روان‌پزشکی، تحولی، سازشی، هیجانی و تحصیلی بیشتری دارند (۲). فراوانی بالای اختلالهای روان‌پزشکی همبود (Comorbid) با این اختلال، در مطالعات بالینی و همه‌گیرشناسی گزارش شده است (۶-۳). نتایج پژوهشهای مختلف نشان داده است که تقریباً ۷۳ درصد از کودکان مبتلا به این اختلال، حداقل یک اختلال دیگر و ۶۷ درصد، بیش از دو اختلال دیگر را به صورت همبود، دارند (۵و۹-۷). وجود این اختلال، همراه با اختلالهای روان‌پزشکی دیگر از جمله اختلال سلوک(Conduct disorder, CD) و اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional defiant disorder, ODD) (۱۰)، اختلال افسردگی (Depressive disorder) و اختلالهای خلقی (Mood disorders) (۱۱)، اختلالهای اضطرابی (Anxiety disorders) (۸)، اختلال وسواس- اجبار (Obsessive compulsive disorders, OCD) (۱۲)، مشکلات خواب (۱۳) و نیز وجود مشکلات تحولی همراه از جمله اختلالهای یادگیری (Learning disorders, LD) (۳)، اختلالهای تیک (Tic disorders, TD) (۱۴)، اختلالهای گفتار و زبان(Speech & language disorders) (۱۵)، اختلالهای طیف درخودماندگی (Autism spectrum disorders, ASD) (۱۶) گزارش شده است. از بین این اختلالها، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای با ۳۲ درصد، اختلالهای خلقی با ۲۹ درصد، اختلالهای اضطرابی با ۱۵ درصد، اختلالهای یادگیری با ۱۰ درصد و اختلالهای طیف در خودماندگی با ۵ درصد، بیشترین همبودی را با این اختلال دارند (۵).

سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که آیا وجود و یا عدم وجود اختلالهای همبود با این اختلال، بر پاسخ به درمان (مداخله‌های دارویی و روانی-اجتماعی) این کودکان مؤثر است؟ همان‌طور که در ادبیات پژوهشی موجود در این زمینه به طور گسترده‌ای مطرح شده است، در حال حاضر، درمان دارویی و به‌خصوص استفاده از داروهای محرک بویژه متیل فنیدیت(Methylphenidate, MPH) (ریتالین)، به‌عنوان یکی از مستندترین شیوه‌های درمان این کودکان، شناخته شده است (۵،۲ و۱۷). اگر چه درمان دارویی با متیل فنیدیت، اثربخش‌ترین درمان برای این کودکان است (۱۸و۱۹) اما همه کودکان مبتلا به این اختلال به این نوع درمان پاسخ مثبت نشان نمی‌دهند (۲و۵). هنوز مشخص نیست که چرا برخی از کودکان مبتلا به ADHD به این نوع درمان، پاسخ نمی‌دهند. اما برخی پژوهشگران وجود برخی از اختلالهای همبود را در این امر دخیل می‌دانند (۵).

در مورد وجود اختلالهای همبود و پاسخ به درمان متیل فنیدیت در کودکان مبتلا به ADHD پژوهش‌ها، نتایج نامتجانسی را گزارش کرده‌اند (۲۰). نتایج یک مطالعه، نشان داد که وجود اختلالهای اضطرابی همراه ADHD، تفاوتی در پاسخ به درمان و عوارض جانبی دارو ایجاد نکرده است (۲۱). در تحقیقی دیگر، تفاوتی را در پاسخ به درمان متیل‌فنیدیت در کودکان مبتلا به اختلال ADHD، با و بدون اختلالهای اضطرابی گزارش نکردند (۲۲). همچنین در مطالعه‌ای دیگر، نشان داده شده که وجود اختلالهای اضطرابی، پیش‌بینی‌کننده بهتری در پاسخ به درمان متیل فنیدیت است (۲۳). در مطالعه‌ای دیگر، بدارد و تانوک، تأثیر متیل فنیدیت را بر حافظه کوتاه مدت کودکان ADHD بررسی کردند. نتایج نشان داد که از ۱۳۰ کودک ۱۲–۶ ساله مبتلا به ADHD، که ۳۲٪ آنها اختلال اضطرابی همراه نیز داشتند، متیل فنیدیت، حافظه شنیداری کلامی را تنها در کودکان مبتلا به ADHD که فاقد اضطراب بودند، بهبود بخشید و توانایی به‌کارگیری اطلاعات دیداری-فضایی آنها در هر دو گروه، بهتر شد اما ذخیره سازی دیداری-فضایی، تنها در کودکان بدون اختلال اضطرابی، بهبود یافت (۲۴). از سوی دیگر گزارش شده که وجود اختلالهای سلوک و نافرمانی مقابله‌ای، به‌صورت همبود با اختلال ADHD بر پاسخ به درمان متیل فنیدیت، تأثیر مثبتی داشت و وجود اختلالهای اضطرابی همراه با این اختلال، باعث تأثیر کمتر متیل فنیدیت شد و پاسخ به متیل فنیدیت در این کودکان، به نوع اختلال همبود، وابسته است (۲۰). این نتایج نشان می‌دهند که پاسخ به درمان، در کودکان مبتلا به ADHD با

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-06]

اختلالهای همبود متفاوت، ممکن است یکسان نباشد (۲۱). شواهد فزاینده‌ای نیز وجود دارد که نشان می‌دهد اختلالهای اضطرابی همبود با ADHD، ممکن است ماهیتی جداگانه از نظر عصبی-روان‌پزشکی داشته باشد. بنابراین درمانهای شناختی-رفتاری و روانی-اجتماعی، همراه با درمان دارویی ممکن است برای بهبود علائم موثر باشند (۲و ۵).

با توجه به وجود نتایج نامتجانس در مورد نقش اختلالهای همبود در درمان کودکان مبتلا به این اختلال، هدف اصلی این پژوهش، بررسی نقش اختلالهای همبود در پاسخ به درمان متیل فنیدیت، در کودکان مبتلا به ADHD بود.

مواد و روشها

پژوهش حاضر در گام اول، یک پژوهش توصیفی و در مرحله دوم، یک کار آزمایی بالینی بود. در این پژوهش، تعداد ۵۰ نفر از کودکان سنین ۱۲-۶ سال مبتلا به ADHD که به کلینیک روان‌پزشکی کودک و نوجوان دکتر شیخ مشهد مراجعه کردند و از طریق نمونه‌گیری به روش پذیرش متوالی با استفاده از مصاحبه بالینی، توسط فوق تخصص روان‌پزشک کودک و نوجوان، بررسی شدند. تشخیص اختلال روان‌پزشکی همبود، بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR و با استفاده از آزمون تشخیصی K-SADS، (Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) و پر کردن پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی انجام شد.

ابزارهای پژوهش

۱- آزمون تشخیصی

آزمون K-SADS، مصاحبه‌ای است نیمه‌ساختار یافته، که برای تشخیص اختلالهای کودکان و نوجوانان، طراحی شده است. این پرسشنامه، بر مبنای معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی، طیفی از اختلالها شامل اختلالهای خلقی، سایکوزها، اختلالهای اضطرابی، اختلالهای رفتار ایذایی، تیک، اختلالهای دفعی و اختلال استرس پس از سانحه را اندازه‌گیری می‌کند (۲۵). روایی و اعتبار این ابزار در مطالعات مختلف در خارج، خوب و عالی گزارش شده است و در ایران نیز نتایج پژوهش شهریور و همکاران، نشان داد که این ابزار، روایی همزمان خوب تا عالی را در تشخیص اختلالهای عمده دارد، همچنین اعتبار بازآزمایی آن نیز در تشخیص ADHD و ODD عالی گزارش شده است (۲۶).

۲- **مقیاس رتبه‌بندی ADHD فرم چهارم** (ADHD Rating Scale-IV: این مقیاس توسط دوپاول و همکاران (۱۹۹۸) به صورت خاص، برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال ADHD ساخته شده است و توسط والدین و معلمان، تکمیل می‌شود. این مقیاس، شامل ۱۸ ماده است که ۹ ماده آن، نشانه‌های نارسایی توجه و ۹ ماده دیگر، نشانه‌های فزون-کنشی/تکانشگری را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌دهی در این مقیاس، بدین صورت است که برای هر ماده، چهار گزینه صفر (هیچ وقت)، یک (گاهی اوقات)، دو (اغلب) و سه (همیشه) وجود دارد. تحلیل ساختار عاملی این مقیاس، نشانگر وجود دو عامل نارسایی توجه و فزون‌کنشی/تکانشگری است. داده‌های مربوط به روایی همزمان و افتراقی این آزمون، خوب گزارش شده است و ضریب اعتبار آن عالی و در بیشتر پژوهشها، بیش از ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۹-۲۷).

روش اجرا

در ابتدا تمامی بیماران، توسط یک فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR و از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته K-SADS مورد ارزیابی قرار گرفتند و چنانچه معیارهای DSM-IV-TR برای اختلال ADHD را داشتند، وارد طرح پژوهش می‌شدند. در این قسمت علاوه بر اختلال ADHD، اختلالهای همبود دیگر نیز در این کودکان تشخیص داده شد. پس از اخذ رضایت از مادران کودکان مبتلا به ADHD، با توجه به وزن و سن کودک، دوز مناسبی از داروی متیل فنیدیت برای آنان شروع شد و به مدت ۴ هفته، دارو ادامه یافت. قبل از شروع درمان، چک‌لیست ADHD-RS توسط مادر بیمار تکمیل شد و پس از ۴ هفته، آزمون مجدد، توسط مادر تکمیل شد. میزان بهبودی و پاسخ‌دهی بیماران، بر مبنای قضاوت بالینی روان‌پزشک فوق تخصص کودک و نوجوان و آزمونها (چنانچه تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون، ۱۰ نمره و بیشتر بود) انجام شد و بر این اساس، افراد به دو گروه پاسخ‌ده خوب(Good Responder) و پاسخ ده ضعیف (Poor Responder) به درمان تقسیم شدند. کلیه بیماران از نظر محتوا و علت تکمیل پرسشنامه، توجیه شدند و با رضایت کامل، اقدام به تکمیل پرسشنامه کردند. به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات خصوصی و شخصی آنان محرمانه خواهد ماند. تحلیل داده‌های این پژوهش، با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۹ و با استفاده از شاخصهای توصیفی و نیز آزمون مک نمار و کای دو انجام شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۵۰ کودک ۶ تا ۱۲ ساله مبتلا به ADHD مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۳ نفر دختر (۲۶٪) و ۳۷ نفر پسر (۷۴٪) با میانگین سنی ۱/۹±۸/۷ سال بودند. از این

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-06]

جدول ۱- ویژگیهای جمعیت‌شناختی و پاسخ به درمان متیل‌فنیدیت در کودکان ADHD با و بدون اختلالهای همبود

		پاسخ به درمان *(درصد) فراوانی: F(P) خوب (۶۰) ۳۰	پاسخ به درمان *(درصد) فراوانی: F(P) ضعیف (۴۰) ۲۰	کل ۵۰	سطح معناداری
سن آزمودنی‌ها M(SD)**		۸/۸۳ (۰/۳۷)	۸/۵۰ (۰/۴۵)	۸/۷ (۱/۹)	NS
جنسیت	پسر	۲۰ (۵۴/۱)	۱۷ (۴۵/۹)	۳۷ (۷۴)	NS
	دختر	۱۰ (۷۶/۹)	۳ (۲۳/۱)	۱۳ (۲۶)	
نوع ADHD	نوع غلبه با نارسایی توجه	۴ (۸۰)	۱ (۲۰)	۵ (۱۰)	NS
	نوع غلبه با فزون‌کنشی تکانشگری	۱ (۱۰۰)	۰	۱ (۲)	
	نوع ترکیبی	۲۵ (۵۶/۸)	۱۹ (۴۳/۲)	۴۴ (۸۸)	
اختلال ADHD بدون اختلال همبود		۱۳ (۹۵/۸۶)	۱ (۴/۱۴)	۱۴ (۲۸)	p<۰/۰۵
اختلال ADHD حداقل همبود با یک اختلال دیگر		۱۷ (۴۷/۲۲)	۱۹ (۵۲/۸)	۳۶ (۷۲)	
اختلال ADHD همبود با اختلال اضطرابی		۸ (۴۷/۰۶)	۹ (۵۲/۹۴)	۱۷ (۴۷/۲۲)	p<۰/۰۵
اختلال ADHD همبود با اختلال ایذایی		۸ (۵۳/۳۳)	۷ (۴۶/۶۷)	۱۵ (۴۱/۶۶)	p<۰/۰۵
اختلال ADHD همبود با اختلال تیک		۱	۱	۲ (۵/۵۵)	NS
اختلال ADHD همبود با اختلال دفع		۱	۱	۲ (۵/۵۵)	NS

NS: Non significant

*(درصد) فراوانی: F(P) ؛ **(انحراف معیار) میانگین:M(SD)

تعداد، ۴۴ نفر (۸۸٪) نوع ترکیبی ADHD-C، ۲٪ نوع غلبه با نارسایی توجه ADHD-I و ۱۰٪ تشخیص نوع غلبه فزون‌کنشی/تکانشگری ADHD-HI را در یافت کردند. همچنین، همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود ۳۶ نفر (۷۲٪) از بیماران، حداقل دارای یک اختلال همبود بودند. نتایج، همچنین حاکی از آن بود که اختلالهای اضطرابی با ۴۷/۲ درصد، اختلالهای ایذایی با ۴۱ درصد، بیشترین و اختلالهای تیک و اختلالهای دفع، هر کدام با ۵/۵ درصد، کمترین میزان همبودی را با اختلال ADHD نشان دادند.

متیل فنیدیت، بین کودکان ADHD با و بدون اختلالهای همبود، تفاوت معنی‌داری وجود داشت. کودکان دو گروه از نظر شدت علائم با هم مقایسه شدند که نتایج، حاکی از عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه با و بدون اختلال همبود بود. همان‌طور که در جدول ۱ملاحظه می‌شود، کودکان ADHD بدون اختلال همبود، در مقایسه با کودکان ADHD با اختلالهای همبود به درمان متیل فنیدیت، بسیار بیشتر پاسخ مثبت داده‌اند. آزمون کای دو نیز نشان داد که تفاوت معنی‌داری در پاسخ‌دهی به این درمان، بین دو گروه وجود دارد (p<۰/۰۵).

میزان پاسخ‌دهی به این درمان، در هر یک از اختلالهای همبود با ADHD، نتایج نشان داد که در اختلال اضطرابی (p<۰/۰۵ و اختلال ایذایی (p<۰/۰۵) بین دو گروه پاسخ ده خوب و ضعیف، تفاوت معنی‌داری وجود داشت، اما در اختلال تیک و اختلال دفع، این تفاوت معنی‌دار نبود.

در بررسی رابطه بین جنسیت و ADHD با و بدون اختلالهای همبود، در دو گروه پاسخ‌ده خوب و پاسخ‌ده ضعیف (χ^2=۰/۱۸, df=۱, p>۰/۰۵) تفاوت معنی‌داری ملاحظه نشد. همچنین در بررسی رابطه بین نوع اختلال ADHD (نوع غلبه با نارسایی توجه، نوع غلبه با تکانشگری/فزون‌کنشی و نوع ترکیبی) در دو گروه با و بدون اختلالهای همبود، با توجه به پاسخ‌دهی به درمان در گروه پاسخ‌ده خوب و پاسخ‌ده ضعیف (χ^2=۰/۱۸, df=۱; p>۰/۰۵) تفاوت معنی‌داری ملاحظه نشد. همچنین نتایج نشان داد که از نظر سنی نیز تفاوت دو گروه پاسخ‌ده خوب و پاسخ‌ده ضعیف، معنی‌دار نبود.

بحث

نتایج نشان داد که از ۵۰ بیمار مبتلا به این اختلال، ۶۰ درصد به درمان، پاسخ خوب دادند. همچنین، نتایج نشان داد که ۷۲ درصد از بیماران، حداقل، دارای یک اختلال همبود بودند. این یافته با نتایج پژوهشهای بالینی و همه‌گیرشناسی زیادی (۹-۲) همسو است. امروزه شکی نیست که تشخیص اختلال ADHD، خطر وجود اختلالهای دیگر را نیز تقویت می‌کند.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-06]

وجود یک و یا بیش از دو اختلال همبود، بر شدت نشانه‌های این اختلال، تأثیر بسیار زیادی خواهد داشت و منجر به وخیمتر شدن نشانه‌ها می‌شود. همچنین این امر می‌تواند از یک سو، بر فرایند سنجش و استفاده از ابزارهای مختلف، از جمله مصاحبه بالینی و آزمونهای سنجش این اختلال و از سوی دیگر، بر چگونگی درمان و پاسخ درمان، تأثیر بگذارد و منجر به ایجاد پیامدهای متفاوتی در زمینه‌های تحصیلی، ارتباطی، خانوادگی و شغلی برای این افراد شود.

نتایج این پژوهش، همچنین نشان داد که از بین اختلالهای همبود، اختلالهای اضطرابی و اختلالهای ایذایی (اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک) بیشترین میزان همبودی را با این اختلال دارند. این یافته با نتایج پژوهشهای دیگر نیز (۵، ۸، ۹،۱۰،۳۰) همخوان است. در پژوهشهای مختلف، همبودی اختلالهای اضطرابی در بیماران مبتلا به ADHD، بین ۱۰ تا ۵۰ درصد، گزارش شده است. اختلالهای اضطرابی با نشانه‌های نارسایی توجه، ارتباط بیشتر و با نشانه‌های تکانشگری و فزون‌کنشی، ارتباط کمتری دارند. وجود اختلالهای ایذایی (نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک) نیز به عنوان گروهی از اختلالها که بیشترین همبودی (بین ۱۵ تا ۵۶ درصد) را با اختلال ADHD دارا هستند، مورد توجه پژوهشگران مختلف بوده است. برخلاف اختلالهای اضطرابی، این گروه از اختلالها بیشتر با نشانه‌های تکانشگری و فزون‌کنشی ارتباط دارند (۲،۵،۲۰و۳۱).

شواهد بسیار زیادی در زمینه اختلالهای همبود با ADHD وجود دارد. از این رو، موضوع مهم و قابل تأمل این است که آیا وجود این اختلالها می‌توانند بر فرایندهای سنجش و درمان (دارویی و روانی-اجتماعی) این اختلال تأثیر بگذارند. نتایج این پژوهش، نشان داد که پاسخ‌دهی مثبت به درمان متیل فنیدیت در کودکانADHD بدون اختلال همبود، در مقایسه با کودکان ADHD با اختلالهای همبود، بیشتر بود. به عبارت دیگر، اختلالهای همبود با ADHD، منجر به کاهش پاسخ‌دهی در درمان دارویی با متیل فنیدیت شده بودند.

پژوهشها در مورد وجود اختلالهای همبود و پاسخ به درمان متیل فنیدیت در کودکان مبتلا به ADHD، نتایج نامتجانسی را گزارش کرده‌اند (۲۰). نتایج پژوهشها نشان داده‌اند که داروهای محرک، می‌توانند نشانه‌های ADHD را همراه با نشانه‌های رفتار ضد اجتماعی آشکار و پنهان و نیز نافرمانی، کاهش دهند (۵). به عبارت دیگر، داروهای محرک می‌توانند پاسخ درمان مثبت‌تری را در درمان ایجاد کنند. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که تفاوت معنی‌درای بین دو گروه پاسخ‌ده خوب و ضعیف ADHD همبود با اختلالهای ایذایی وجود دارد و تعداد این افراد که پاسخ بهتری به این درمان داشته‌اند، بیشتر بوده است. این یافته با یافته‌های پژوهشهای دیگر نیز همخوان است (۲، ۵،۲۰، ۳۲و۳۳). به عبارت دیگر، متیل فنیدیت می‌تواند تأثیر دوگانه‌ای داشته باشد. از یک سو، منجر به کاهش نشانه‌های اختلالهای ADHD شده و از سوی دیگر، منجر به کاهش رفتارهای ایذایی و مخرب کودکان شود. نتایج این پژوهش، همچنین نشان داد که کودکان ADHD که اختلال اضطرابی همبود دارند، پاسخ ضعیفتری به درمان داشتند. این یافته با نتایج اولیه در این زمینه که نشان داد کودکان مبتلا به ADHD که دارای اختلال اضطرابی همبود بودند به درمان داروهای محرک، پاسخ ضعیفتری می‌دادند، همخوان بود (۵و۲۰). هر چند که با پژوهشهای دیاموند و همکاران (۲۱)، آبیکوف و همکاران (۲۲) و وان در اورد و همکاران (۲۳) و گارسیا و همکاران (۳۱) ناهمخوان است. این نتایج نشان می‌دهند که پاسخ به درمان در کودکان مبتلا به ADHD با اختلالهای همبود متفاوت، ممکن است یکسان نباشد (۲۱). هر چند تفاوتهای جنسیتی و نیز نوع اختلال ADHD، در دو گروه پاسخ‌ده خوب و ضعیف، از لحاظ آماری معنی‌دار نبود اما از لحاظ کلینیکی، شواهدی دال بر وجود تفاوتها مشاهده شد. بنابراین پژوهشهای آتی می‌توانند در این زمینه، داده‌های بیشتری را در اختیار قرار دهند. با توجه به حجم نمونه مورد مطالعه در پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که در آینده پژوهشهای مشابه با تعداد نمونه بیشتر و با پیگیریهای طولانیتر در مقاطع زمانی مختلف انجام پذیرد تا از این طریق، بتوان به نتایج کاربردی‌تر و مؤثرتری در درمان این کودکان، دست یافت. از آنجا که در این پژوهش، تنها یک نوع اختلال همبود غالب، مد نظر بود، پژوهشهای بعدی می‌توانند ترکیب دو، سه و یا بیشتر، اختلالهای همبود و تأثیر هر یک از این حالتها بر پاسخ به درمان را مورد بررسی قرار دهند. همچنین با توجه به تأثیرات مختلف اختلالهای همبود بر درمان، اثرات آن بر درمانهای دارویی مختلف و نیز درمانهای روانی و اجتماعی، می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد که وجود اختلالهای روان‌پزشکی همبود با ADHD، منجر به تغییر پاسخ‌دهی به درمان متیل فنیدیت شده و میزان پاسخ‌دهی به این نوع درمان دارویی را کاهش می‌دهد. همچنین نتایج نشان داد که پاسخ به این نوع درمان، ممکن است وابسته به نوع اختلال همبود باشد.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-06]

REFERENCES

1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: Author; 2000.

2- Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2006.

3- Pliszka SR. Patterns of psychiatric comorbidity with attention-deficit/hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2000;9(3):525-40, vii.

4- Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID, Jackson D, Melloni RH Jr. Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41(3):253-61.

5- Pliszka SR. Treating ADHD and comorbid disorders: psychosocial and psychopharmacological interventions. New York: Guilford Press;2009.

6- Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, et al. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. Psychol Med 2006; 36:167–79.

7- Kadesjö B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish schoolage children. J Child Psychol Psychiatry 2001;42(4):487-92.

8- Fischer M, Barkley RA, Smallish L, 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 Child Psychol 2002;30(5):463-75.

9- McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del'Homme M, Lynn DE, et al. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. Am J Psychiatry 2005;162(9):1621-7.

10- Drabick DA, Gadow KD, Sprafkin J. Co-occurrence of conduct disorder and depression in a clinic-based sample of boys with ADHD. J Child Psychol Psychiatry 2006;47(8):766-74.

11- Biederman J, Kwon A, Aleardi M, Chouinard VA, Marino T, Cole H, et al. Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. Am J Psychiatry 2005;162(6):1083-9.

12- Geller DA, Biederman J, Faraone SV, Cradock K. Hagermoser L. Zaman N. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with obsessive–compulsive disorder: Factor or artifact? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41:52–8.

13- Ball JD, Koloian B. Sleep patterns among ADHD children. Clin Psychol Rev 1995;15:681–91.

14- Peterson BS, Pine DS, Cohen P, Brook JS. Prospective, longitudinal study of tic, obsessive–compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:685–95.

15- Bruce B, Thernlund G, Nettelbladt U. ADHD and language impairment: A study of the parent questionnaire FTF (Five to Fifteen). Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15(1):52-600.

16- Goldstein S, Schwebach AJ. The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Results of a retrospective chart review. J Autism Dev Disord 2004;34(3):329–39.

17- Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Annu Rev Med 2002;53:113–31.

18- Taylor EA, Sonuga-Barke EJS. Disorders of Attention and Activity. 5th ed. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson JS, Taylor EA, Thapar A, editors. Rutter's Child & Adolescent Psychiatry. 5th ed. UK: Wiley-Blackwell; 2008. P. 521–42.

19- Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. European Guidelines for Hyperkinetic Disorder-first upgrade. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13 Suppl 1:I7-30.

20- Ter-Stepanian M, Grizenko N, Zappitelli M, Joober R. Clinical response to methylphenidate in children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder and comorbid psychiatric disorders. Can J Psychiatry 2010;55(5):305-12.

21- Diamond IR, Tannock R, Schachar RJ. Response to methylphenidate in children with ADHD and comorbid anxiety. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38(4):402–09.

22- Abikoff H, McGough J, Vitiello B, McCracken J, Davies M, Walkup J, et al. Sequential pharmacotherapy for children with comorbid attention-deficit/hyperactivity and anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005;44(5):418–27.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-06]

23- van der Oord S, Prins PJ, Oosterlaan J, Emmelkamp PM. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children. Predictors of treatment outcome. Eur Child Adolesc Psychiatry 2008;17(2):73-81.

24- Bedard AC, Tannock R. Anxiety, methylphenidate response, and working memory in children with ADHD. J Atten Disord 2008;11(5):546-57.

25- 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(1):49–58.

26- Shahrivar Z, Kousha M, Moallemi S, Tehrani-Doost M, Alaghband-Rad J. The reliability and validity of kiddie-schedule for affective disorders and schizophrenia - present and life-time version - persian version. Child Adolesc Ment Health 2010;15(2):97–102.

27- DuPaul G, Anastopoulos A, Power T, Reid R, Ikeda M. McGoey K. Parent ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: factor structure and normative data. J Psychopathol Behav Assess 1998; 20(1): 83-102.

28- DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R, McGoey KE, Ikeda MJ. Teacher ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms: factor structure and normative data. Psychol Assess 1997;9:436–44.

29- DuPaul GJ, Power TJ, McGoey KE, Ikeda MJ, Anastopoulos AD. Reliability and validity of parent and teacher ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. J Psychoeduc Assess 1998:16:55–68.

30- Ghanizadeh A**,** Mohammadi MR, Moini R. Comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorders in a sample of Iranian children with ADHD. J Atten Disord 2008;12(2):149-55.

31- Garcia SP, Guimarães J, Zampieri JF, Martinez AL, Polanczyk G, Rohde LA. Response to methylphenidate in children and adolescents with ADHD: does comorbid anxiety disorders matters? J Neural Transm 2009;116(5):631-6.

32- Serra-Pinheiro MA, Mattos P, Souza I, Pastura G, Gomes F. The effect of methylphenidate on oppositional defiant disorder comorbid with attention deficit/hyperactivity disorder. Arq Neuropsiquiatr 2004;62(2B):399-402.

33- Gadow KD, Nolan EE, Sverd J, Sprafkin J, Schneider J. Methylphenidate in children with oppositional defiant disorder and both comorbid chronic multiple tic disorder and ADHD. J Child Neurol 2008;23(9):981-90

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-06]