

نقش اضطراب و افسردگی در تبیین اختلالات نارسایی توجه در کودکان دبستانی

The Role of Anxiety and Depression in Explanation of Attention Deficit Disorders in Primary School-Age Children

تاریخ پذیرش: ۸۹/۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۸۸/۹/۳

Mohammadzadeh, A. *Ph. D., Najafi, M. Ph. D.

علی محمدزاده**، محمود نجفی**

Abstract

Introduction: A significant relation found between attention deficit disorder/hyperactivity with anxiety and depression in adult samples and clinical samples. It seems that, emotional components of anxiety and depression with attention deficit disorder/hyperactivity in primary school-age children have been studied a little. The present study investigated the relationship of two mentioned disorders in primary school-age children.

Method: A group of 1009 primary school-age children (490 girls and 519 boys from schools of Shiraz) were selected for this research.

Results: Using the multivariate regression analysis model indicated that anxiety-depression significantly predict ADHD symptoms (Attention Deficit, Hyperactivity & Combined type). Results were discussed in light of previous research and showing that there is similar mechanism between affective and Attention Deficit Hyperactivity components. Attention Deficit has more contribution in this relation.

Conclusion: According to results, biological predisposition may have contribution in developing of Attention Deficit Hyperactivity Disorders and anxiety-depression.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Anxiety, Depression, primary school-age children

چکیده

مقدمه: اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه با اضطراب و افسردگی در نمونه های بزرگسال و گروه های بالینی رابطه نشان داده است. به نظر می رسد تا این تاریخ رابطه مؤلفه های عاطفی اضطراب و افسردگی با اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه در کودکان دبستانی بسیار اندک مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه دو اختلال ذکر شده در کودکان دبستانی انجام گرفت.

روش: بدین منظور نمونه‌ای به حجم ۱۰۰۹ نفر (۴۹۰ دختر و ۵۱۹ پسر) به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از نواحی چهارگانه مدارس ابتدایی شیراز، انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که اضطراب - افسردگی در تبیین تغییرات انواع سه گانه فزون کنشی/نارسایی توجه یعنی نارسایی توجه، فزون کنشی - تکانشگری و ترکیبی سهم قابل ملاحظه ای دارد. این یافته ها همسو با تحقیقات قبلی تفسیر گردید و نشان داد ساز و کار های مشترکی بین مؤلفه های عاطفی و فزون کنشی/نارسایی توجه وجود دارد.

نتیجه گیری: نارسایی توجه نقش اساسی در اشتراکات دو متغیر دارد و در این راستا شاید بتوان نوعی آمادگی ژنتیکی عمومی برای شکل گیری اختلالات نارسایی توجه و اضطراب - افسردگی را متصور شد.

واژه‌های کلیدی: اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه، اضطراب، افسردگی، کودکان دبستانی

*Correspondence E-mail:
ali.mohammadzadeh@gmail.com

**نویسنده مسئول: گروه روان شناسی دانشگاه پیام نور آذربایجان شرقی، آذربایجان شرقی، ایران

**گروه روان شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

در ادبیات آسیب‌شناسی روانی تحولی، اختلالات روانی کودکان به دو طبقه کلی تقسیم شده‌است: ۱- مشکلات برونی شده^۱ ۲- مشکلات درونی شده^۲ [۱، ۲]. مشکلات برونی شده مشکلاتی هستند که ویژگی بارز آنها رفتارهایی است که روی محیط و افراد دیگر اثرگذار می‌باشند، مانند اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای. امروزه این اختلالات، اختلالات رفتاری نامیده می‌شوند. مشکلات درونی شده به مشکلاتی اطلاق می‌شوند که ویژگی بارز آنها تجربه درونی ناراحتی است. در این طبقه، مشکلات هیجانی از قبیل افسردگی و انواع اضطراب‌ها قرار می‌گیرند [۲].

در نظام‌های تشخیصی رایج، مانند انجمن روانپزشکی آمریکا و سازمان بهداشت جهانی، اختلالات رفتاری و عاطفی علیرغم فقدان شواهد واضح برای تفکیک کامل آنها، پدیده‌های تشخیصی مجزایی تلقی می‌شوند. اگر چه پدیده‌شناسی توصیفی و الگوی مقوله‌ای نقش اصلی در نظام تشخیصی دارد، ولی پیشرفت‌های اخیر در حیطه‌های مرتبط با روان‌شناسی (و در حمایت از الگوی پیوستاری) در فرایند بیماری شناختی رسمیت نیافته است [۳]. تلاش برای توصیف اختلالات رفتاری و عاطفی در قالب یک پیوستار اخیراً پیشنهاد شده است. این الگوی پیوستاری در مقایسه با الگوی مقوله‌ای^۳ منعکس یافته در نظام‌های تشخیصی رایج، قدرت تبیینی بیشتری را به ویژه برای اختلالات همراه با قطب‌های مخالف (مانند افسردگی - شیدایی، اختلالات درونی سازی شده - برون سازی شده) دارا می‌باشد [۳]. اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه یکی از شایع‌ترین مشکلات کودکان و نوجوانان و علت مراجعه به روانپزشک و مشاور اطفال است [۴]. این اختلال با مشکلاتی در زمینه‌های مختلف آموزشی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، تکرار پایه، ترک

مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، تخلف، سوء مصرف مواد مخدر در سنین پایین و قانون‌شکنی زیاد همراه است و احتمال همراه شدن با سایر اختلال‌ها را در بر دارد [۵]. اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه دارای سه نوع اصلی نارسایی توجه، فزون کنشی - تکانشگری و ترکیبی است [۶]. تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه با اضطراب و افسردگی رابطه دارد [۷، ۸، ۹، ۱۰]. به ویژه نوع ترکیبی آن بیشترین رابطه را با اختلالات اضطرابی و افسردگی نشان داده است [۷]. برخی ویژگی‌های مشترک در اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه و علائم عاطفی عبارتند از: کاهش تمرکز، مشکلات خواب، فراموشی، تحریک‌پذیری و رفتارهای خوردن تکانشی [۱۰].

به نظر می‌رسد تا این تاریخ رابطه مؤلفه‌های عاطفی اضطراب و افسردگی با اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه در کودکان دبستانی بسیار اندک مورد بررسی قرار گرفته است [۹]. به طور کلی، رفتار نابهنجار کودکان، به مراتب کمتر از اختلال‌های روان‌شناختی بزرگسالان مورد مطالعه قرار گرفته است. تا همین اواخر به راحتی فرض می‌شد که کودکان همان مشکلات بزرگسالان را تجربه می‌کنند. اما در سال‌های اخیر به طور روزافزون به مشکلات روان‌شناختی کودکان نیز توجه شده است. در واقع تحقیقات در این حیطه و بررسی نوع، شدت و توزیع مشکلات سلامت روان و اختلالات کودکان می‌تواند به منظور ارزیابی میزان آشفتگی‌های روان‌شناختی، تعیین روند کنونی آنها و تحول فرضیه‌های سبب‌شناسی به کار رود [به نقل از ۱۱]. مسئله‌ای که پژوهش حاضر بر اساس آن شکل می‌گیرد فقدان داده‌های کافی در مورد ارتباط مؤلفه‌های عاطفی با اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه روی کودکان است. اغلب تحقیقات، رابطه فوق را روی نمونه‌های بزرگسال و گروه‌های بالینی بررسی کرده‌اند.

1- Externalizing

2- Internalizing

3- Categorical

لانی^۶، یونیتا^۷ و گادو^۸ (SLUG) را اسپرافکین، لانی، یونیتا و گادو براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی [۱۲، ۱۳] تهیه کردند و بعدها به دنبال تجدید نظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی [۱۴] نسخه CSI-3-R آن نیز ساخته شد، تا اینکه CSI-4 با ظهور چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۹ (DSM-IV) [۱۵] با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی تجدید نظر شد. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) همانند نسخه‌های قبلی، دارای دو فرم والدین و معلم است. در پژوهش حاضر از چک لیست والدین استفاده شده است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سؤال است که ۱۸ عبارت آن (گروه A) مربوط به اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه می‌باشد. هر یک از عبارات مذکور در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات) پاسخ داده می‌شود که برای درک بیشتر والدین به همراه این مقیاس در پاسخنامه از علائم نمادین (دایره کوچک و بزرگ) نیز استفاده شده است. پرسشنامه استفاده شده در پژوهش حاضر (گروه A) سه نوع اختلال مجزای فزون کنشی/نارسایی توجه (شامل نارسایی بی‌توجهی، فزون کنشی - تکانشگری غالب و ترکیبی) را می‌سنجد. پرسشنامه علائم مرضی کودکان در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته و روایی، اعتبار و حساسیت آن محاسبه شده است. در یکی از مطالعاتی که توسط گرایسون و کارلسون [به نقل از ۱۲] روی CSI-3-R انجام گرفت، حساسیت آن برای اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه ۰/۷۷ گزارش شد. مطالعات دیگری همبستگی بین چک لیست CSI-3-R را در اختلال فزون

استفاده از نمونه‌های بالینی ابهامات بالقوه‌ای را به وجود می‌آورد که در کار با بیماران بالینی وجود دارد (مانند اثرات ناشی از دارو) که می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، پژوهش حاضر بر آن است تا کیفیت رابطه مذکور را با استفاده از نمونه‌ای از دانش‌آموزان ابتدایی و با عنایت به پیوستاری بودن اختلالات روانی بر اساس مفروضه‌های الگوی ابعادی به منظور دانش‌افزایی در حیطه اختلالات رفتاری مرتبط با روان‌شناسی مرضی کودک روی گروه‌های غیربالینی مورد مطالعه قرار دهد. بر این اساس، سؤال پژوهش حاضر بدین صورت بیان می‌گردد: آیا مؤلفه‌های عاطفی می‌توانند اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه را در نمونه‌های غیربالینی متشکل از کودکان پیش‌بینی کنند؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر در یک بررسی زمینه‌یابی و پس‌رویدادی انجام شده و از نوع توصیفی-مقطعی است.

آزمودنیها: جامعه آماری شامل دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر شیراز می‌باشد که در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۴ در مدارس دولتی شیراز مشغول به تحصیل بودند. انتخاب نمونه مناسب برای پژوهش حاضر روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است. نمونه شامل تعداد ۱۲۰۵ دانش‌آموز بود که پس از ریزش شامل ۱۰۰۹ نفر (۴۹۰ دختر و ۵۱۹ پسر) شدند.

ابزار:

۱- پرسشنامه علائم مرضی کودکان^۴ (CSI-4): این پرسشنامه از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلال‌های روانپزشکی است که بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ساخته شده است. نسخه اولیه پرسشنامه با نام فهرست اسپرافکین^۵

6- Loney

7- Unita

8- Gadow

9- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 rd)

4- Child Symptom Inventory- 4

5- Sprafkin

بالایی نشان داده شد. این امر بر اعتبار آزمون راتر جهت ارزیابی مشکلات رفتاری کودکان در فرهنگ ایران دلالت دارد. در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: اجرای پژوهش بدین صورت بود که با توجه به کل نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شیراز، ابتدا فهرستی از مدارس ابتدایی دخترانه و پسرانه در هر ناحیه آموزشی تهیه شد. آنگاه با در دست داشتن فهرست اسامی مدارس، تعداد ۸ مدرسه ابتدایی به شیوه تصادفی از ۴ ناحیه آموزشی استخراج شد. در مرحله بعد، به مدارس مراجعه کرده و با توجه به تعداد کلاسهای موجود در پایه‌های تحصیلی اول تا پنجم مدارس ابتدایی دخترانه و پسرانه از هر پایه تحصیلی به تصادف یک پایه انتخاب شد. به منظور گردآوری داده‌ها، پرسشنامه راتر به معلم و پرسشنامه CSI-4 در قالب نامه‌ای سربسته و با همکاری معلم کلاس، به دانش‌آموزان داده شد و از آنها خواسته شد نامه‌های مذکور را به والدینشان داده و بعد از چند روز که والدین نامه را خواندند، آنها را به معلم خود برگردانند. بعد از گردآوری داده‌ها، برای تشخیص ریخت‌های فرعی اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه و قرار دادن آنها در سه مقوله «نارسایی توجه»، «فزون کنشی - تکانشگری غالب» و «ترکیبی» از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) که دارای ابعادی برای شناسایی ریخت‌های سه‌گانه اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه است، استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱ بیانگر توزیع نمونه به تفکیک جنسیت و پایه تحصیلی است. همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در مجموع تعداد ۱۰۰۹ نفر (۵۱/۴ درصد پسر و ۴۸/۶ درصد دختر) مورد بررسی قرار گرفتند. به منظور تشخیص سهم هر کدام از متغیر پیش بین در تبیین متغیر ملاک از تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد. ادامه تحلیل در سه مرحله جداگانه انجام گرفت: در مرحله اول «نارسایی توجه»، در مرحله دوم «

کنشی/نارسایی توجه ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند [به نقل از ۱۲]. در تحقیق کلانتری، نشاط دوست و زارعی [۱۶] اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش دو نیمه کردن برای فرم والدین ۰/۸۵ به دست آمد. روایی محتوایی پرسشنامه CSI-4 در پژوهش محمد اسماعیل [۱۲] مورد تأیید ۹ نفر از روانپزشکان قرار گرفته است. طبق پژوهش توکلی زاده، بوالهروی، مهریار و دژکام [۱۷] اعتبار چک‌لیست والدین از طریق بازآزمایی ۰/۹۰ تعیین گردیده است.

۲- پرسشنامه رفتاری کودکان راتر: این پرسشنامه به منظور غربال کودکان دارای اختلال‌های رفتاری تهیه شده است. فرم معلم پرسشنامه رفتاری کودکان راتر دارای ۳۶ عبارت است که توسط معلم مربوطه تکمیل می‌گردد. در پرسشنامه راتر هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۳ درجه‌ای (۰، ۱ و ۲) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه به ۵ زیرگروه پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال نارسایی توجه طبقه‌بندی شده است که هر گروه سوالات خاص را در بر می‌گیرد. در این پژوهش از مقیاس اضطراب و افسردگی فرم ۳۰ سوآلی استفاده گردید. مطالعات متعددی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه مذکور را مورد بررسی قرار داده‌اند. اسکاچار، راتر و اسمیت [به نقل از ۱۸] اعتبار آزمون را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در ایران، یوسفی [۱۹] اعتبار این آزمون را با روش بازآزمایی به فاصله ۲ هفته ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش اولیه راتر و همکاران [به نقل از ۱۹] میزان توافق پرسشنامه با تشخیص روانپزشک اطفال ۷۶/۷ گزارش شده که این میزان در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است. یوسفی [۱۹] جهت تشخیص روایی آزمون راتر در شیراز ۱۶۰۰ دختر و پسر را در دوره ابتدایی با استفاده از معیارهایی از قبیل آزمون هوشی ترسیم آدمک، بندر گشتالت، معدل درسی و ارزیابی معلم مورد بررسی قرار داد. در پژوهش مذکور، بر اساس نتایج حاصله، بین نمره راتر و موارد یاد شده همبستگی

نتیجه گرفت که بین متغیر پیش بین (افسردگی و اضطراب) با متغیرهای ملاک (نارسایی توجه، فزون کنشی-تکانشگری و نوع ترکیبی)، رابطه معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل حاکی از آن است که متغیر «اضطراب و افسردگی» می‌تواند ۱۸ درصد تغییرات «نارسایی توجه»، ۱۲ درصد تغییرات «فزون کنشی - تکانشگری» و ۱۸ درصد تغییرات نوع «ترکیبی» را پیش‌بینی کند.

فزون کنشی - تکانشگری» و در مرحله سوم نوع «ترکیبی» به صورت جداگانه به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج این تحلیل‌های جداگانه در جدول ۳ آورده شده است. نسبت معنادار F در جدول ۲ نشانگر ارتباط معنادار بین متغیر پیش بین و ملاک در هر سه مرحله از پژوهش می‌باشد. اطلاعات مربوط به ضرایب تعیین، خطای معیار برآورد و ضرایب تحلیل رگرسیون فوق در جدول ۳ آمده است. با توجه به سطح معناداری به دست آمده ($P < 0.001$) می‌توان

جدول ۱- توزیع فراوانی نمونه به تفکیک جنسیت و پایه تحصیلی

کل		پسر		دختر		جنسیت / پایه
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۹/۵	۱۹۷	۲۰/۴	۱۰۶	۱۸/۶	۹۱	اول
۲۰/۴	۲۰۶	۲۰/۶	۱۰۷	۲۰/۲	۹۹	دوم
۱۸/۳	۱۸۵	۱۴/۳	۷۴	۲۲/۷	۱۱۱	سوم
۲۲	۲۲۲	۲۱/۲	۱۱۰	۲۲/۹	۱۱۲	چهارم
۵	۱۹۹	۲۳/۵	۱۲۲	۱۵/۷	۷۷	پنجم
۱۰۰	۱۰۰۹	۱۰۰	۵۱۹	۱۰۰	۴۹۰	کل

جدول ۲- تحلیل واریانس رگرسیون انواع اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه با استفاده از متغیر اضطراب و افسردگی

مرحله پژوهش	متغیر وارد شده به معادله	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F نسبت	سطح معناداری
اول	اضطراب و افسردگی	رگرسیون باقیمانده کل	۳۲۹۹/۰۵ ۱۴۵۳۸/۶۴ ۱۷۸۳۷/۶۹	۱ ۱۰۰۷ ۱۰۰۸	۳۲۹۹/۰۵ ۱۴/۴۳	۲۲۸/۵۰	۰/۰۰۱
دوم	اضطراب و افسردگی	رگرسیون باقیمانده کل	۲۲۰۸/۱۵ ۱۵۶۲۹/۵۴ ۱۷۸۳۷/۶۹	۱ ۱۰۰۷ ۱۰۰۸	۲۲۰۸/۱۵ ۱۵/۵۲	۱۴۲/۲۷	۰/۰۰۱
سوم	اضطراب و افسردگی	رگرسیون باقیمانده کل	۳۳۳۹/۶۸ ۱۴۴۹۸ ۱۷۸۳۷/۶۹	۱ ۱۰۰۷ ۱۰۰۸	۳۳۳۹/۶۸ ۱۴/۳۹	۲۳۱/۹۶	۰/۰۰۱

جدول ۳- اطلاعات مربوط به ضرایب تحلیل رگرسیون

مرحله پژوهش	متغیر وارد شده به معادله	ضریب B	ضریب بتا	نسبت t	سطح معناداری	ضریب تعیین	خطای معیار برآورد
اول	اضطراب و افسردگی	۰/۳۴	۰/۴۳	۱۵/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۳/۷۹
دوم	اضطراب و افسردگی	۰/۲۳	۰/۳۵	۱۱/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۱۲	۳/۹۳
سوم	اضطراب و افسردگی	۰/۱۷	۰/۴۳	۱۵/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۳/۹

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی نقش اضطراب و افسردگی در تبیین اختلالات کمبود توجه انجام گرفت. نتایج نشان داد فزون کنشی/نارسایی توجه و اضطراب-افسردگی در کودکان همبستگی متقابلی با یکدیگر دارند و با اینکه از نظر تشخیصی، ماهیت‌های ساختاری متفاوتی هستند، ولی ساز و کارهای مشترکی هم بین آنها وجود دارد. این یافته با نتایج تحقیقات قبلی [۷، ۸، ۹، ۱۰] همسو می‌باشد. به عنوان مثال نتایج تحقیقات قبلی روی کودکان نشان داده‌اند که در سطح بالینی ارتباط معنی‌داری بین اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه و اختلال افسرده‌خویی وجود دارد [۲۰] و یا در مورد بزرگسالان افسردگی فصلی در مبتلایان به اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه به میزان زیادی وجود دارد [۱۰]. همچنین، یافته‌های حاضر برای برخی الگوهای پیشنهاد شده [۳] مبنی بر اینکه اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه و اضطراب-افسردگی روی پیوستار واحدی قرار می‌گیرند، پشتیبان پژوهشی فراهم می‌نماید. در یک تبیین احتمالی برای رابطه مشترک، شاید بتوان نوعی آمادگی ژنتیکی عمومی برای شکل‌گیری اختلالات نارسایی توجه و اضطراب-افسردگی متصور شد، به ویژه اینکه نمونه‌های مورد مطالعه در پژوهش حاضر در مراحل پایین تحول بودند. این بخش از تبیین با پژوهش‌هایی هماهنگ است که نشان داده‌اند میزان اختلالات عاطفی در میان بستگان زیستی کودکان

مبتلا به اختلالات نارسایی توجه به طور بارز بیشتر از جمعیت عمومی است که این موضوع به نقش کلی مربوط به برخی شیوه‌های غیراختصاصی وراثتی نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی اشاره دارد. اگر چه فراوانی وقوع نشانه‌های هیجانی در اختلالات نارسایی توجه بیشتر از همسالان بهنجار آنها است. با این حال در طی دوره‌های رشد متغیرهای فردی متعددی ممکن است ظهور علائم و مزمن شدن آن را تحت تأثیر قرار دهد [۲۱]. این حیطة مستلزم پژوهش‌های بیشتر با استفاده از نمونه‌های متشکل از گروه‌های مختلف سنی است.

اضطراب-افسردگی در بین مؤلفه‌های فزون کنشی/نارسایی توجه، درصد قابل ملاحظه‌ای از تغییرات نوع نارسایی توجه را تبیین می‌کند. بنابراین، کاهش تمرکز که در اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه متجلی می‌شود، ارتباط زیادی با اضطراب-افسردگی دارد. این یافته موجه به نظر می‌رسد، چرا که برخی تحقیقات [۲۰، ۲۲، ۲۳]. مشکلات شناختی را در اختلالات فزون کنشی/نارسایی توجه، اضطرابی و خلقی نشان داده‌اند. پژوهش حاضر تلویحات دیگری نیز دارد؛ بر اساس نتایج حاصله، می‌توان نتیجه گرفت که مرزبندی بین اختلالات فزون کنشی/نارسایی توجه و اضطراب-افسردگی مبهم است و در واقع همپوشی موجود یک مانع جدی برای پژوهش مناسب و کافی در مورد این

تکرار شود تا کیفیت رابطه در سطح بیماری شناختی نیز روشن گردد.

منابع

- 1- Cicchetti D, Cohen DJ. Perspectives on developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen DJ, Editors. *Developmental psychopathology*. New York: Wiley; 1995. p. 3-20.
- 2- Carr A. *The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach*, London: Rutledge; 1999.
- 3- Lara DR, Pinto O, Akiskal K, Akiskal HS. Toward an integrative model of the spectrum of mood, Behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: Clinical implications. *J Affect Disord*. 2006; 94: 67-87.
- 4- Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005; 366: 237-248.
- 5- Davids E, Gastpar M. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005; 29: 865-877.
- 6- Kroes M, Kessels AG, Kalff AC, Feron FJ, Vissers YL, Jolles J, Et al. Quality of movement as predictor of ADHD: Results from a prospective population study in 5- and 6-year-old children. *Dev Med Child Neurol*. 2002; 44: 753-760.
- 7- Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999; 40: 57-87.
- 8- Maughan B, Rowe R, Messer J. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004; 45: 609-621.
- 9- Vance A, Sanders M, Arduca A. Dysthymic disorder contributes to oppositional defiant behaviors in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Combined type (ADHD-CT). *J Affect Disord*. 2005; 86: 329-333.
- 10- Amons PJT, Kooij JJS, Haffman PMJ, Hoffman TO, Hoencamp E. Seasonality of mood disorders in adults with lifetime attention-deficit/Hyperactivity disorder (ADHD). *J Affect Disord*. 2006; 91: 251-255.
- 11- Barkmann C, Schulte-Markwort M. Emotional and behavioral problems of children and adolescents in Germany: An epidemiological screening. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40: 357-366.
- ۱۲- محمد اسماعیل الهه. بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) روی دانش‌آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی تهران. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی؛ ۱۳۸۰.
- 13- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3 rd. Washington, DC: APA, 1980.
- 14- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3 rd. Revised. Washington, DC: APA, 1987.

اختلالات محسوب می‌شود. در همین راستا و همسو با متن تجدید نظر شده چهارمین ویراست راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی [۲۴] مبنی بر اینکه علائم افسردگی و اضطراب در کودکان ممکن است با تحریک‌پذیری همراه شود، پژوهش حاضر نیز نشان داد فزون کنشی - تکانشگری رابطه معناداری با اضطراب- افسردگی در کودکان دارد.

همچنین، از رابطه بین اختلالات فزون کنشی/نارسایی توجه و اضطراب- افسردگی می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ابتلا به اختلالات فزون کنشی/نارسایی توجه خطر ایجاد مسائل متعدد عاطفی را مطرح می‌سازد که می‌تواند پیش‌آگهی این اختلال را تضعیف نماید. در همین راستا نشان داده شده است که آن گروه از کودکان مبتلا به اختلالات فزون کنشی/نارسایی توجه که میزان اضطراب و افسردگی در آنها بالاست، بهره کمتری از درمان‌های رایج این اختلال می‌برند [۲۵].

در پایان پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های بعدی با مطالعات طولی میزان ابتلا یا عدم ابتلا کودکان مبتلا به فزون کنشی/نارسایی توجه به اختلالات افسردگی یا اضطرابی را بررسی کرده و اطلاعات پژوهشی در این مورد که آیا فزون کنشی/نارسایی توجه با اضطراب- افسردگی رابطه بنیادی و مفهومی دارد و یا دو مقوله مجزایی هستند که رابطه آنها فقط از نوع همایندی مرضی است، فراهم نمایند. در این مورد یافته‌های متناقضی گزارش شده است، در حالیکه برخی تحقیقات نشان داده‌اند که ابتلا به اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه احتمال ابتلا به اختلالات خلقی به ویژه افسردگی اساسی را تا ۲/۵ برابر افزایش می‌دهد [۲۶]. برخی تحقیقات دیگر نیز حاکی از آن است که رابطه اختلال فزون کنشی/نارسایی توجه با افسردگی اساسی واقعی نیست [۲۷]. لذا این حیطة مستلزم پژوهش‌های بیشتری است. همچنین، پیشنهاد می‌گردد یافته‌های حاضر روی نمونه‌های بالینی نیز

- 27- Biederman J, Mick E, Faraone SV. Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: "True" depression or demoralization? *J Affect Disord.* 1998; 47: 113-122.
- 15- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4 rd. Washington, DC: APA, 1999.
- ۱۶- کلانتری مهرداد، نشاطدوست حمید، زارعی محمد باقر. تأثیر آموزش رفتاری والدین و دارو درمانگری بر میزان علائم فزون کنشی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی. *مجله روان شناسی.* ۱۳۸۰؛ (۱۸): ۱۳۵-۱۱۸.
- ۱۷- توکلی زاده جهانشیر، بوالهروی جعفر، مهریار امیر هوشنگ، دژکام محمود. همه گیرشناسی اختلالات رفتاری ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گناباد. *فصلنامه اندیشه و رفتار.* ۱۳۷۶؛ (۳) ۱ و ۲: ۴۰-۵۱.
- ۱۸- فروع الدین عدل اصغر. تأثیر به کارگیری روش آموزش مهارت‌های اجتماعی در بهبود رفتارهای اخلاص گرانه کودکان [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ ۱۳۷۲.
- ۱۹- یوسفی فریده. هنجاریابی مقیاس راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز.* ۱۳۷۷؛ (۱۳) ۱ و ۲، (پیاپی ۲۵ و ۲۶): ۲۴-۱.
- 20- Vance ALA, Harris K, Boots M, Talbot J, Costin J, Karamitsios M, Maruff P. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Combined type (ADHD-CT) with and without dysthymic disorder: Characteristics of parent and child reported anxiety. *Aust and NZ J Psychiatry.* 2003; 37: 563-569.
- ۲۱- کراتوچویل توماس آر، موریس ریچاردجی. روان شناسی بالینی کودک (ترجمه نائینیان، محمدرضا و همکاران). تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۱.
- 22- Tannock R, Ickowicz A, Schachar R. Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995; 34: 886-896.
- 23- Porter RJ, Gallagher P, Thompson JM, Young AH. Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *Br J Psychiatry.* 2003; 182: 214-220.
- 24- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4 rd. Text Revised). Washington, DC: APA; 2000.
- 25- References and further reading may be available for this article. To view references and further reading you must purchase this article. Hinshaw SP. Moderators and Mediators of Treatment Outcome for Youth With ADHD: Understanding for Whom and How Interventions Work. *Ambul Pediatr.* 2007; 7: 91-100.
- 26- Biederman J, Ball SW, Montuteaux ME, Spencer TJ, McCreary M, Cote M, Faraone SV. New Insights Into the Comorbidity Between ADHD and Major Depression in Adolescent and Young Adult Females. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008; 47: 426-434.