

بررسی اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی و اختلالات شخصیت در والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی: گزارش کوتاه

چکیده

دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۰۵ ویرایش: ۱۳۹۵/۰۸/۲۶ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۲۹ آنلاین: ۱۳۹۵/۰۸/۳۰

زمینه و هدف: اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی (ADHD) Attention Deficit Hyperactivity Disorder در بسیاری از والدین کودکان ADHD گزارش می‌شود. هدف پژوهش تعیین ADHD و اختلالات شخصیت در والدین کودکان ADHD در مقایسه با گروه سالم بود.

روش بررسی: مطالعه حاضر توصیفی-تحلیلی نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۴ در بیمارستان روزبه تهران انجام گرفت. نمونه‌ها ۴۵ بزرگسال دارای کودک مبتلا و ۴۵ کنترل انتخاب شدند. پرسشنامه‌های ADHD بزرگسالان، مصاحبه DSM-IV محور II Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders (SCID-II)، مقیاس والدین کانرز (Conner's Parent Rating Scales, CPRS) در دو گروه، پرسشنامه‌ی توانایی‌ها و مشکلات و اختلالات روانی در کنترل تکمیل شدند. SCID-II و مصاحبه ADHD بزرگسالان برای والدینی که در پرسشنامه‌های مربوطه نمره بالای برش داشتند، اجرا شد.

یافته‌ها: میزان ابتلا به ADHD ۶۵ برابر و اختلالات شخصیت B، C، منفعل-پرخاشگر و افسرده در والدین گروه بیمار بالاتر بود ($P < 0.01$). شایع‌ترین زیرگروه‌ها مختلط (۳۸/۵٪) و کم‌توجه (۳۰/۸٪) بود.

نتیجه‌گیری: ADHD در والدین کودکان مبتلا شایع و با اختلالات شخصیت همراه است.

کلمات کلیدی: اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی، والدین، اختلالات شخصیت.

مریم سجادیان
زهرا شهریور*
ابوالفضل محمدی
والنتین آرتونیان

گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان تخصصی روانپزشکی روزبه.

تلفن: ۰۲۱-۵۵۴۹۱۵۱

E-mail: zahrashahrivar@yahoo.com

مقدمه

دریافتند پدران تأثیر زیادی روی اختلال دارند، ولی Biederman و همکاران هیچ تفاوت معناداری پیدا نکردند. بنابراین داشتن والدین ADHD با تظاهرات بالینی شدیدتری در کودکان مبتلا همراه است.^۱ افزون بر شیوع بیشتر ADHD در خانواده کودکان مبتلا، یکی از علت‌های مهم اختلال عملکرد در خانواده این کودکان وجود هم‌ابتلائی‌هایی مانند اختلالات شخصیت در والدین است.^۲ با توجه به شیوع ADHD و هم‌ابتلائی‌های آن در والدین کودکان مبتلا، این مطالعه با هدف تعیین ADHD و اختلالات شخصیت در والدین کودکان ADHD انجام گرفت.

اگرچه فراوانی اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) با افزایش سن کاهش می‌یابد اما این اختلال سیر متغیری دارد، ادامه ADHD تا بزرگسالی باعث پیامدهای منفی زیادی از جمله تصادفات رانندگی، افت تحصیلی و مشکلات زناشویی می‌شود.^۱ برخی مطالعات نشان می‌دهند مادران بیشتر از پدران خطر ADHD را به فرزندان منتقل می‌کنند، در حالی که Takeda و همکاران

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مقطعی بود. نمونه‌گیری از خرداد تا بهمن ۱۳۹۴ در بیمارستان روزبه تهران انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن کودک ADHD، داشتن سواد خواندن و نوشتن.

همچنین معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: عقب‌ماندگی ذهنی، سابقه اختلالات نورولوژیک و بیماری جسمی در کودکان و والدین و عدم خرسندی فرد برای شرکت در مطالعه.

گروه بیمار و کنترل هرکدام ۴۵ نفر بودند. گروه بیمار پس از تعیین ADHD کودک و توضیح مراحل طرح و کسب رضایت، ابتدا والدین مقیاس والدین کانرز را تکمیل کردند سپس برای غربالگری اختلالات روانپزشکی و شخصیت والدین، غربالگری کوتاه ADHD بزرگسالان کانرز و Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders (SCID-II) به آنان داده شد. در صورتی که نمره فرد از نقطه برش آزمون‌های فوق بیشتر بود مصاحبه ADHD بزرگسالان برای ارزیابی ADHD و SCID-II برای ارزیابی اختلالات شخصیت اجرا شد.

نمونه‌گیری گروه کنترل هم پس از همتاسازی انجام گرفت و پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات توسط والدین تکمیل گردید. در صورت نمره کمتر از نقطه برش والدین وارد طرح شدند.

سپس برای غربالگری اختلالات روانی چکلیست اختلالات روانی به آن‌ها داده شد، در صورت نمره کمتر از نقطه برش وارد پژوهش شدند.

پس از اجرای این مراحل پرسشنامه کوتاه ADHD بزرگسالان کانرز و SCID-II توسط والدین تکمیل شد. در صورتی که نمره فرد از نقطه برش آزمون‌های فوق بیشتر می‌شد SCID-II و مصاحبه ADHD بزرگسالان از آنان به عمل می‌آمد. ابزارهای مطالعه عبارت بودند از:

۱- مقیاس والدین کانرز Conner's Parent Rating Scales (CPRS): ۴۸ سؤالی و شامل مشکلات سلوک، یادگیری، روان‌تنی، تکانشی، بیش‌فعالی و اضطراب است. Ulrich و Conner's Goeytte همبستگی درونی را بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند.^۳ خوشبختی و همکاران پایایی $\alpha=0/93$ گزارش کرد.^۴

۲- غربالگری بیش‌فعالی-کم‌توجهی بزرگسالان کانرز Canners adult ADHD Rating Scales (CAARS-S: SV): ۳۰ سوال دارد: ۹ اختلال توجه، ۹ بیش‌فعالی-تکانشگری و یک خرده آزمون ۱۲ سوالی شاخص ADHD معرفی می‌شود روایی پرسشنامه در ۸۵۰ نفر بزرگسال سالم مانند نسخه امریکایی بود.^۵ Davari-Ashtiani و همکاران همبستگی درونی برای حیطه‌های مختلف ۰/۸۸-۰/۷۹، آلفای کرونباخ ۰/۸۹-۰/۸۰ و پایایی آزمون-پس آزمون بالای ۰/۸ گزارش کرد.^۶

۳- چکلیست اختلالات روانی Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R): ۹۰ ماده و ۹ بعد اختلال‌های روانی: جسمانی‌سازی، وسواسی-جبری، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، هراس، افکار پارانویید و روان‌گسستگی بررسی می‌کند (۷) پایایی ۰/۷۲ تا ۰/۹۰، روایی در خارج ۰/۳۶ تا ۰/۷۳ و در داخل بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۶ گزارش شده.^۸

۴- مصاحبه ساختاریافته DSM-IV محور II: برای سنجش ۱۱ اختلال شخصیت (اجتنابی، وابسته، وسواسی-اجباری، پارانویید، اسکیزوتایپال، اسکیزوئید، نمایشی، خودشیفته، مرزی، ضداجتماعی) و ۲ اختلال NOS: شخصیت افسرده و منفعل-پرخاشگر به کار می‌رود. پایایی بالای دارد.^۹ روایی آزمون در پژوهش بختیاری تأیید شد و پایایی آزمون-بازآزمایی ۰/۸۷ به دست آمد.

۵- مصاحبه بیش‌فعالی-کم‌توجهی بزرگسالان Diagnostic Interview for ADHD in Adult (DIVA): از سه قسمت معیارهای کم‌توجهی، بیش‌فعالی-تکانشگری، و اختلال کارکردی تشکیل شده است. مصاحبه توسط شهریور و همکاران در حال اعتباریابی است.^{۱۰}

۶- پرسشنامه توانایی‌ها و مشکلات Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): ۲۵ جمله دارد. شاخص‌ها به صورت نمره کلی مشکلات، مشکلات هیجانی، بیش‌فعالی، سلوک، مشکلات ارتباطی با همسالان، و رفتارهای اجتماعی مطلوب گزارش می‌گردد. Goodman پایایی درونی مقیاس‌های مختلف ۰/۷۳ گزارش کرد،^{۱۱} Tehrani-Doost و همکاران هنجارهای سنی را گزارش و روایی و پایایی آن را خوب اعلام کرد.^{۱۲}

در تحلیل داده‌ها از SPSS statistical software, version 20 (IBM, Armonk, NY, USA) و برای تجزیه و تحلیل از Chi-square test استفاده شد. $P=0/05$ سطح معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میزان اختلالات شخصیت C (اجتنابی، وسواسی-جبری) و B (نمایشی، مرزی، و ضداجتماعی) و منفعل-پرخاشگر و افسرده در والدین گروه بیمار نسبت به کنترل به صورت معناداری بیشتر بود ($P=0/05$). ولی اختلال خودشیفته در والدین گروه کنترل به صورت معناداری از بیمار بیشتر بود ($P=0/001$). دو گروه از نظر سایر اختلالات شخصیت تفاوت معناداری نداشتند (جدول ۴).

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد شیوع ADHD در بالغین نسبت به والدین سالم بالاتر بود ($28/9\%$ در برابر $4/4\%$ ، بیش از $6/5$ برابر) همچنین Sprich و همکاران میزان ADHD را در والدین بیولوژیک و

۴۵ والد کودک بیمار و ۴۵ والد کنترل (۵۸ مادر) در پژوهش شرکت کردند. گروه کنترل از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی با بیمار همتا شدند (جدول‌های ۱ و ۲).

نتایج نشان داد شیوع ADHD در والدین کودکان مبتلا بیشتر از گروه سالم بود ($X^2=9/68$ و $df=1$ و $P=0/002$). همچنین در گروه بیمار: $38/5\%$ (۵ از ۱۳ نفر) را پدران، در دوران کودکی: $53/9\%$ مختلط، $30/8\%$ بی‌توجه و $15/3\%$ بیش‌فعال و در بزرگسالی: $38/5\%$ مختلط و $30/8\%$ بی‌توجه بود. اختلال هر دو والد مبتلا در گروه کنترل (یک پدر، یک مادر) در کودکی مختلط و در بزرگسالی یک نفر مختلط و یک نفر بی‌توجه بود (جدول ۳).

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها

مشخصات	گروه	بیمار	کنترل	فراوانی (درصد)
تأهل	باهم	۴۵	۴۵	۱۰۰٪
	جدا شده	-	-	-
	فوت شده	-	-	-
جنسیت	زن	۲۹	۲۹	۶۵٪
	مرد	۱۶	۱۶	۳۵٪
گروه سنی	مجموع	۴۵	۴۵	۱۰۰٪
	۲۱-۳۰	۳	۳	۶٫۷٪
	۳۱-۴۰	۱۶	۱۶	۳۵٫۶٪
	۴۱-۵۰	۲۳	۲۳	۵۱٫۱٪
	۵۱-۶۰	۳	۳	۶٫۷٪
	تحصیلات	ابتدایی	۹	۹
شغل	سیکل	۱۱	۱۱	۲۴٪
	دیپلم	۱۸	۱۸	۴۰٪
	فوق‌دیپلم	۳	۳	۶٪
	لیسانس	۱	۱	۲٫۲٪
	بالا‌تر	۳	۳	۶٪
	کارمند	۱۱	۱۱	۲۴٪
	آزاد	۵	۵	۱۱٪
	کارگر	۵	۵	۱۱٪
	خانه‌دار	۲۴	۲۴	۵۳٪
	بازنشسته	۳	۳	۵٪

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد سن فرزندان

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
بیمار	مرد ۱۶	سن ۱۰/۷۶	۲/۹۵
کنترل	۱۶	۱۰/۷۶	۲/۹۵
مجموع	۳۲	۷۶/۱۰	۲/۹۳

جدول ۳: نتایج Chi-square test، میزان ADHD در والدین دو گروه

معناداری	تعداد	DIVA
۰/۰۰۲*	بیمار ۱۳ (۲۸/۹)	
	کنترل ۲ (۴/۴)	

* آزمون آماری: Chi square test، P<۰/۰۰۱ معنادار است.

جدول ۴: مقایسه اختلالات شخصیت در والدین دو گروه

معناداری	کنترل		بیمار		اختلالات شخصیت
	ندارد	دارد	ندارد	دارد	
۰/۰۰۱**	۱ (۲/۲)	۴۴ (۹۷/۸)	۳۲ (۷۱/۱)	۱۱ (۲۴/۴)	اجتنابی
۰/۰۷	-	۴۵ (۱۰۰)	۴۲ (۹۳/۳)	-	وابسته
۰/۰۰۱**	-	۴۵ (۱۰۰)	۲۶ (۵۷/۸)	۱۵ (۳۳/۳)	وسواسی-جبری
۰/۰۱*	۱ (۲/۲)	۴۰ (۸۸/۹)	۱۰ (۲۲/۲)	۳ (۶/۷)	منفعل-پرخاشگر
۰/۰۰۲*	-	۴۵ (۱۰۰)	-	۳۶ (۸۰)	افسرده
۰/۵۵	۳ (۶/۷)	۴۲ (۹۳/۳)	۴۰ (۸۸/۹)	۱ (۲/۲)	پارانویا
۰/۱۴	۴ (۸/۹)	۴۱ (۹۱/۱)	۴۲ (۹۳/۳)	۲ (۴/۴)	اسکیزوتیپال
۰/۰۷	۱ (۲/۲)	۴۴ (۹۷/۸)	۳۸ (۸۴/۴)	۲ (۴/۴)	اسکیزوبید
۰/۰۰۱**	۴ (۸/۹)	۴۱ (۹۱/۱)	-	۳۵ (۷۷/۸)	نمایشی
۰/۰۰۳**	۸ (۱۷/۸)	۳۰ (۶۶/۷)	۷ (۱۵/۶)	۴۲ (۹۳/۳)	خودشیفته
۰/۰۰۳**	۴ (۸/۹)	۴۰ (۸۸/۹)	۱ (۲/۲)	۳۵ (۷۷/۸)	مرزی
۰/۰۳*	۱ (۲/۲)	۴۳ (۹۵/۶)	۱ (۲/۲)	۳۷ (۸۲/۲)	ضداجتماعی
۰/۳۶	-	۴۵ (۱۰۰)	-	۴۳ (۹۳/۵)	(NOS)

* آزمون آماری: Chi-square test، P<۰/۰۰۵ معنادار است. ** P<۰/۰۰۱ معنادار است.

MCMIII استفاده کرده بودند. به عبارت دیگر ADHD در والدین و کودکان می‌تواند بر احتمال روابط منفی متقابل درون این خانواده‌ها دلالت داشته باشد، عامل مهمی که ممکن است روی رشد کودک تأثیر منفی بگذارد. از جمله محدودیت‌های مطالعه به حجم کم نمونه، تعداد زیاد پرسشنامه‌ها و مصاحبه‌ها اشاره کرد که وقت خانواده‌ها را می‌گرفت و ممکن بود همکاری آنان را کاهش دهد بنابراین سعی شد بیشترین هماهنگی با والدین صورت گیرد. هرچند برای تأیید نتایج، پژوهش در نمونه‌های دیگری تکرار شود. بنابراین اختلال ADHD در والدین کودکان مبتلا شایع و با اختلالات شخصیت همراه است.

سپاسگزاری: این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد تحت عنوان "مقایسه ویژگی‌های بالینی و شخصیتی والدین کودکان ADHD مراجعه‌کننده به درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روزبه در مقایسه با گروه سالم" در سال ۱۳۹۴ می‌باشد. که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران بود.

غیربیولوژیک فرزندان ADHD ۱۸٪ در برابر ۶٪ گزارش کردند و در والدین بیولوژیک فرزندان سالم ۳٪ بود.^{۱۳} نتایج این مطالعه تأییدی بر جز ژنتیک علت‌شناسی ADHD می‌باشد.

در مطالعه حاضر ADHD در والدین بیشتر مختلط و بی‌توجه بود، تأییدی بر یافته‌های پیشین که نشان داده‌اند در برخی موارد پرتحرکی برطرف می‌شود، ولی کاهش توجه و مشکلات کنترل تکانه باقی می‌ماند برای نمونه در بررسی Soendergaard و همکاران از ۱۵۵ بالغ مبتلا، ۶۵٪ مردان، ۷۸٪ مختلط، ۱۸٪ کم‌توجه و ۴٪ بیش‌فعالی-تکانشی تشکیل می‌دادند.^{۱۴}

در مطالعه حاضر میزان اختلالات B، C، منفعل-پرخاشگر و افسرده در والدین بیمار نسبت به کنترل بیشتر بود به جز خودشیفته که در والدین کنترل بیشتر بود.

در مطالعه‌ای در والدین زیستی کودکان بیش‌فعال نرخ بالاتری از الکلیسم، ضداجتماعی، نمایشی در مقایسه با گروه کنترل بود.^{۱۵} علت تفاوت محدود این بود که از ابزارهای متفاوت مانند MMPI،

References

1. Agha SS, Zammit S, Thapar A, Langley K. Are parental ADHD problems associated with a more severe clinical presentation and greater family adversity in children with ADHD? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22(6):369-77.
2. Faraone S, Kunwar A, Adamson J, Biederman J. Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses. *Psychol Med* 2009;39(4):685-93.
3. Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normative data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. *J Abnorm Child Psychol* 1978;6(2):221-36.
4. Khushabi K, Pour-Etemad H, Mohammadi M, Khan PM. The prevalence of ADHD in primary school students in Tehran, 2008.
5. Hirsch O, Hauschild F, Schmidt MH, Baum E, Christiansen H. Comparison of Web-based and paper-based administration of ADHD questionnaires for adults. *J Med Internet Res* 2013;15(3):e47.
6. Davari-Ashtiani R, Jazayeri F, Arabgol F, Razjouyan K, Khademi M. Psychometric properties of Persian version of Conners' adult attention deficit/hyperactivity disorder rating scale (Screening form-self reporting). *IJPCP* 2014;20(3):243-51.
7. Derogatis LR. SCL-90-R: Administration, Scoring of Procedures Manual-II for the R (revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series: Clinical Psychometric Research Incorporated; 1992.
8. Homae R. The relationship between distress and mental health in Ahvaz university woman. Master of science thesis: Ahvaz University of Medical Sciences, 1998.
9. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II): Interview and Questionnaire. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997.
10. Kooij J. Diagnostic Interview for ADHD in Adults 2.0 (DIVA 2.0) adult ADHD. Diagnostic Assessment and Treatment. Amsterdam, The Netherlands: Pearson Assessment and Information BV; 2010.
11. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(11):1337-45.
12. Tehrani-Doost M, Shahrivar Z, Pakbaz B, Rezaei A, Ahmadi F. The validity of the Persian version of the strengths and difficulties questionnaire. *J Adv Cog Sci* 2006;8(4):33-9. [Persian]
13. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(11):1432-7.
14. Soendergaard HM, Thomsen PH, Pedersen E, Pedersen P, Poulsen AE, Winther L, et al. Associations of age, gender, and subtypes with ADHD symptoms and related comorbidity in a Danish sample of clinically referred adults. *J Atten Disord* 2016 Nov;20(11):925-933.
15. Lionel AC, Crosbie J, Barbosa N, Goodale T, Thiruvahindrapuram B, Rickaby J, et al. Rare copy number variation discovery and cross-disorder comparisons identify risk genes for ADHD. *Sci Transl Med* 2011;3(95):95ra75.

Study on attention deficit Hyperactivity and personality disorders in parents of children with the same disease: *brief report*

Maryam Sajadian M.Sc.
Zahra Shahrivar M.D.*
Abolfazl Mohammadee Ph.D.
Valentin Artonian M.D.

Department of Psychiatry, Tehran
University of Medical Sciences,
Tehran, Iran.

Abstract

Received: 24 Apr. 2016 Revised: 16 Nov. 2016 Accepted: 19 Nov. 2016 Available online: 20 Nov. 2016

Background: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is common in adults, and associated with comorbidities and negative consequences in many parents of children with ADHD. The aim of this study was to determine ADHD and personality disorder in parents of children with ADHD compared to the healthy group.

Methods: This cross-sectional descriptive and the analytic study were conducted in 2015 in Roozbeh Psychiatric Hospital Tehran and the sample group consisted of 45 adult subjects with ADHD children and 45 healthy adults who were chosen control method. questionnaires Conner's adult attention deficit hyperactivity disorder questionnaires, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II), Conner's parent's scales between the two groups were completed, and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and Symptom Checklist -90- Revised (SCL-90-R) were completed in the group controlling. And for parents who had a score above the cutting point for the diagnostic assessment of personality disorder Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders, to assess personality disorders, as well as for the diagnostic assessment of ADHD in adults Diagnostic Interview for ADHD in Adults (DIVA) was conducted.

Results: The incidence of ADHD in parents of children with ADHD than parents with healthy children was 6/5 equivalent and the prevalence of B cluster disorders, C cluster disorders, passive-aggressive personality disorder and depressive personality disorder in parents of children with ADHD was higher than the cut-off point parents with healthy children ($P < 0.01$). The most common subtypes in parents of children with ADHD were respectively mixed (attention- hyperactivity) (38.5%) and attention deficit (30.8%).

Conclusion: The prevalence of ADHD and personality disorders in parents of children with ADHD are more than parents with healthy.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, parents, personality disorders.

* Corresponding author: Roozbeh
Psychiatric Hospital, Sought Karegar
Ave., Tehran, Iran.
Tel: +98- 21- 55419151
E-mail: zahrashahrivar@yahoo.com