

## مقایسه اختلالات همراه در دختران و پسران مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (ADHD)

دکتر پریا حبرانی<sup>۱</sup> - دکتر فاطمه بهدانی<sup>۲</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: بارز بودن تفاوت اساسی در نسبت پسر به دختر بین نمونه‌های ارجاعی و (۱۰:۱) و نمونه‌های جامعه (۳:۱) در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی ADHD؛ این سوال را مطرح می‌کند که آیا تفاوت‌های جنسی در تظاهرات اختلالات همراه با ADHD نقش داشته و با عث ارجاع کمتر دختران به کلینیک می‌شود.

روش بررسی: بررسی نقش جنس در اختلالات همراه با ADHD در کودکان ارجاع شده به کلینیک روانپزشکی روش بررسی: تعداد ۱۴۷ کودک و نوجوان مبتلا به ADHD 5 تا ۱۷ سال مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. که تشخیص بالینی ADHD در بیماران با مصاحبه بالینی روانپزشک و تست تشخیصی K-SADS انجام شده است. بررسی وجود اختلالات همراه در افراد بیمار با استفاده از مصاحبه بالینی روانپزشکی و تست تشخیصی K-SADS انجام شده است.

یافته‌ها: اختلالات همراه با ADHD در کودکان مراجعه‌کننده به کلینیک در دختر و پسر مشابه هم می‌باشد. و دختران مبتلا به ADHD در مقایسه با پسرها در معرض خطر بیشتر برای اختلالات افسردگی و اضطرابی نبوده‌اند. نتیجه‌گیری: نتایج ما بیانگر آن است که بین دختر و پسر مبتلا به ADHD مراجعه‌کننده به کلینیک در خطر اختلالات همراه تفاوتی وجود ندارد و این می‌تواند بیانگر وجود شباهت‌های بیشتر (تا وجود تفاوت) در ADHD دختر و پسر باشد

کلید واژه‌ها: اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، تفاوت جنسی، اختلالات همراه

افق دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد (دوره ۱۱؛ شماره ۴؛ سال ۱۳۸۴)

<sup>۱</sup> نویسنده مسؤل: عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استاد یار.

آدرس: مشهد، خیابان عامل، بیمارستان روانپزشکی ابن سینا

تلفن: ۷۱۱۲۳۳۶ بیمارستان ابن سینا فاکس: ۰۵۱۱۷۱۱۲۵۴۵ فاکس منزل: ۰۵۱۱۷۶۱۶۱۵۸ پست الکترونیکی: phebrani@yahoo.com

<sup>۲</sup> عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، متخصص روانپزشکی، استادیار

## مقدمه

اختلال نقص توجه و بیش فعالی<sup>۱</sup> یک اختلال شایع هتروژن در کودکان می باشد و شیوع آن در کودکان سن دبستان ۳-۵٪ تخمین زده می شود (۲۰۱ و ۳ و ۴).

گرچه ADHD در پسرها شایع تر از دخترها می باشد، بدون تردید یک علت مهم ناتوانی روانپزشکی در دخترها محسوب می شود. در حالیکه شیوع واقعی این اختلال در دخترها دقیق نیست ولی احتمالاً اندک نیز نمی باشد (۵ و ۶).

نسبت پسر به دختر در نمونه های جامعه ۳:۱ بوده در حالیکه این نسبت در نمونه های ارجاعی به کلینیک ۱۰:۱ می باشد. تفاوت در نسبت جنسی جامعه و نسبت ارجاعی می تواند بیانگر آن باشد که دختران ADHD کمتر برای درمان ارجاع می شوند. علی رغم آنکه تعداد زیادی از دخترها مشکوک به ADHD هستند ولی منابع ADHD تقریباً بدون استثنا بر مبنای پسرها می باشد. بعلاوه دخترهای مبتلا به ADHD ممکن است تشخیص داده نشده و تحت درمان قرار نگیرند که این می تواند بیانگر فاصله نسبت دختر و پسر در موارد ارجاعی در نمونه های کلینیکی و نمونه های جامعه باشد (۷ و ۸).

بر اساس مطالعات قبلی، گاب ماند ۱۹۹۷، (۷) مقایسه دخترها و پسرهای مبتلا به ADHD نشان دهنده میزان بالاتر اختلال در بهره هوشی، سطوح پایین تر بیش فعالی و اختلال سلوک و میزان بالاتر اختلالات خلقی و اضطرابی در جنس مونث می باشد. دلیل آنکه وجود اختلال سلوک همراه با ADHD همراه با خشونت و انحراف رفتاری بوده و دلیل آنکه این مشکلات باعث ارجاع بالینی می شود، سطوح پایین تر این اختلالات در دخترها می تواند منجر به عدم ارجاع و در نتیجه تفاوت جنسی مشخص در نمونه های بالینی کودکان ADHD شود (۸ و ۹).

در مورد همراهی اختلالات خلقی و اضطرابی با ADHD برخی از مطالعات قبلی سطوح بالاتر این اختلالات را در دختران نشان داده، ویلنز ۱۹۹۲، (۹) در حالیکه مطالعات دیگر بیانگر آن است که گرچه دختران مبتلا به ADHD سطوح بالاتری از

اختلالات افسردگی و اضطرابی را دارند (۱۰ و ۱۱) خطر این اختلالات معادل آن چیزی است که در پسرها دیده می شود، در حالیکه شیوع اختلالات سلوک و بی اعتنایی مقابله ای در دخترها نصف آن چیزی است که در پسرها گزارش می شود (۱۱).

همراهی چنین اختلالاتی با ADHD موجب پیچیده تر شدن سیرو تشخیص ADHD شده و می تواند منجر به فقدان پاسخ درمانی به داروهای محرک شود (۹ و ۱۰).

با توجه به برخی از مطالعات که حاکی از تفاوت جنسی در اختلالات همراه ADHD می باشد که می تواند توجیه کننده تفاوت فاصله نسبت دختر و پسر در نمونه های کلینیکی و جامعه باشد ما در این مطالعه بر آنیم تا اختلالات همراه ADHD در دخترها با پسرها بی که به کلینیک ارجاع می شوند را تعیین کنیم و براساس مطالعات قبلی چنین فرض کرده ایم که در دختران مبتلا به ADHD سطوح پایین تر اختلالات سلوک و بی اعتنایی مقابله ای و سطوح بالاتر اختلالات خلقی و اضطرابی در مقایسه با پسران دیده می شود.

## روش بررسی

این یک مطالعه توصیفی تحلیلی، مقطعی می باشد، آزمودنیهای پژوهش، تمامی مبتلایان به ADHD، محدوده سنی ۵ تا ۱۷ سال که به درمانگاه روانپزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ در نیمه دوم سال ۱۳۸۲ مراجعه نموده اند می باشد، ارجاع این کودکان از طریق والدین، مدرسه و یا متخصصین اطفال و یا روانپزشک بوده است که برای ارزیابی روانپزشکی به مرکز فوق تخصصی اطفال ارجاع شده اند. تعداد ۱۴۷ کودک مبتلا به ADHD (۷۶ دختر و ۷۱ پسر) از بین مراجعین که با روش انتخاب پذیرش متوالی<sup>۲</sup> نمونه گیری شده اند انتخاب شده که با مصاحبه تشخیصی روانپزشک و روانپزشک فوق تخصصی کودک و نوجوان، به طور جداگانه طبق ملاک های معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup> و پرسشنامه

<sup>2</sup> consecutive admission

<sup>3</sup> the fourth edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (, DSM-IV)

<sup>1</sup> attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

اختلالات دفعی و اختلالات رفتاری ایدایی و تیک و سوء مصرف مواد و اختلال استرس پس از سانحه<sup>۴</sup> می باشد. این تست ویژگی<sup>۵</sup> بالا ولی احتمالاً حساسیت<sup>۶</sup> پایینی دارد (۱۲).  
علی رغم آنکه ابزار فوق در ایران از نظر روایی و پایایی مورد ارزیابی قرار نگرفته ولی با توجه به آنکه وابسته به فرهنگ نبوده، می توان به روایی و پایایی گزارش شده در منابع خارجی استناد نمود که البته از محدودیت های مطالعه اخیر شمرده می شود.

مقیاس هوشی و کسلر<sup>۷</sup>: پر استفاده ترین معیار ارزیابی عملکرد شناختی و هوشی است دارای سه مقیاس ارزیابی هوشی کلامی و غیر کلامی و کلی می باشد نمره هر کدام از این سه قسمت مخصوص با متوسط ۱۰۰+۱۵ بدست می آید تست بهنجاری<sup>۸</sup>، اعتبار<sup>۹</sup> و پایایی بالایی دارد.

مقیاس ضریب پایایی به دست آمده در شیراز توسط شهیم (۱۳۷۱) به روش باز آزمایشی بین همه خرده آزمون ها از ۰/۴۴ تا ۰/۹۴ متغیر بوده و در روش تنصیفی نیز از ۰/۴۲ تا ۰/۹۴ در نوسان بوده است. اجرا تست توسط روانشناس بالینی آموزش دیده اجرا می شود (۱۳). نتایج آزمون با روش آماری با کمک نرم افزارهای آماری spss با استفاده از آزمونهای مختلف chi-squair، برای داده های نان پارامتریک از نظر وجود یا عدم وجود ارتباط معنادار آماری بین متغیرهای مورد سنجش ارزیابی می شود برای معنادار بودن نتایج حداکثر  $Pv < 0/01$  در نظر گرفته می شود و در محاسبه Odds Ratio فاصله اطمینان ۹۵٪ در نظر گرفته شده است.

### یافته ها

در جدول (۲و۱) خصوصیات دموگرافیک شرکت کننده های در مطالعه را نشان می دهد.

تشخیصی اختلالات عاطفی واسکیزوفرنی برای کودکان<sup>۱</sup> بخش ADHD وجود ADHD مورد تأیید قرار گرفته است (۱۲).  
بیمارانیکه بیماریهای ارگانیک واضح داشتند (براساس تاریخچه اخذ شده از خانواده و ثبت موارد پزشکی علل ارگانیک واضح نظیر اختلال بینایی و شنوایی و تشنج و سکل های تروما به سر و اختلال طبی مزمن یا حاد و دیسفونکسیونهای مغزی) و همچنین بیمارانی که عقب ماندگی ذهنی داشتند از مطالعه حذف شدند.

پس از تأیید اختلال ADHD در مراجع با در نظر گرفتن ملاک های شمول و حذف، برای بررسی اختلالات همراه در بیمار ADHD، مصاحبه بالینی با کودک و والدین توسط روانپزشک و اجرای تست K-SADS جهت تأیید اختلالات همراه انجام شد.  
افراد پژوهش با رضایت نامه کتبی از والدین انتخاب شده و از آنجایی که پژوهش مداخله ای روی بیماران ندارد و صدمه و مزاحمتی برای آنها فراهم نمی کند از نظر اخلاقی مشکلی ایجاد نکرده و اطلاعات بدست آمده محرمانه خواهد بود.

برای گردآوری داده های پژوهش پرسشنامه های زیر به کار برده شده است: پرسشنامه K-SADS: یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته با پایایی<sup>۲</sup> بالا است که دو گرایش اصلی دارد که K-SADS-E وجود اختلال را در طول زندگی و حمله کنونی ارزیابی می کند پرسشنامه برای افراد ۱۷-۵ سال بکار می رود و توسط مصاحبه گر از کودک و والدین پر می شود.

طبق معیارهای سومین چاپ تجدیدنظر شده و چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup> بطور جداگانه اختلالات را می سنجد تست توسط متخصص بالینی اجرا می شود، با ارزیابی و مقایسه اطلاعات بدست آمده از کودک و والدین، تشخیص نهایی به عهده درمانگر است.

طیف اختلالاتی که توسط آزمون سنجیده می شود شامل اختلالات خلقی و پسیکوزها و اختلالات اضطرابی و خوردن و

<sup>4</sup> Post traumatic stress disorder (PTSD)

<sup>5</sup> specificity

<sup>6</sup> sensitivity

<sup>7</sup> Wechsler - Bellevue Intelligence Scale

<sup>8</sup> standardization

<sup>9</sup> validity

<sup>1</sup> schedule for effective disorders & schizophrenia for school age children (K-SADS),

<sup>2</sup> reliability

<sup>3</sup> revised of the third & the fourth edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III-R, DSM-IV)

جدول ۱: خصوصیات جمعیت شناختی (جنس) مبتلایان به اختلال بیش فعالی و نقص توجه مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ مشهد در نیمسال دوم ۱۳۸۲

جنس	تعداد(درصد)
دختر	۷۶(۵۱/۷)
پسر	۷۱(۴۸/۳)

جدول ۲: خصوصیات جمعیت شناختی (سن) مبتلایان به اختلال بیش فعالی و نقص توجه مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ مشهد در نیمسال دوم ۱۳۸۲

سن(سال)	
(۴-۶)	۲۲(۱۵)
(۷-۱۲)	۱۰۰(۶۸)
(۱۳-۱۷)	۲۴(۱۶/۳)

در جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی و مطلق اختلالات همراه را در بیماران ADHD مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی اطفال بیمارستان دکتر شیخ با تفکیک جنس نشان می دهد .

جدول ۳: توزیع فراوانی نسبی و مطلق اختلال همراه در کودکان ADHD مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان دکتر شیخ در نیمه دوم ۱۳۸۲ و مقایسه آن براساس جنس

statistic	نسبت شانس (CI=0.95(Odds Ratio)	پسر		دختر		اختلال همراه
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
Pv=0.339	۰,۵۹۰(۰,۱۹۹-۱,۷۵۳)	۱۲/۷	۹	۷/۹	۶	دارد
		۸۷/۳	۶۲	۹۲/۱	۷۰	ندارد
Pv=0.675	۰,۷۸۴(۰,۲۵۰-۲,۴۵۵)	۹/۹	۷	۷/۹	۶	دارد
		۹۰/۱	۶۴	۹۲/۱	۷۰	ندارد
Pv=0.792	۱,۰۹۹(۰,۵۴۴-۲,۲۱۹)	۲۹/۶	۲۱	۱۶	۲۴	دارد
		۷۰/۴	۵۰	۶۸/۴	۵۲	ندارد
Pv=0.260	۱,۵۵۵(۰,۷۱۹-۳,۳۶۰)	۱۹/۷	۱۴	۲۷/۶	۲۱	دارد
		۸۰/۳	۵۷	۷۲/۴	۵۵	ندارد
Pv=0.848	۰,۹۲۱(۰,۳۹۴-۲,۱۴۹)	۱۸/۳	۱۳	۱۷/۱	۱۳	دارد
		۸۱/۷	۵۸	۸۲/۹	۶۳	ندارد
Pv=0.036	۰,۴۶۹(۰,۳۹۳-۰,۵۵۸)	۵/۶	۴	۰	۰	دارد
		۹۴/۴	۶۷	۱۰۰	۷۶	ندارد
Pv=0.828	۰,۹۱۷(۰,۴۱۹-۲,۰۰۷)	۲۲/۵	۱۶	۲۱/۱	۱۶	دارد
		۷۷/۵	۵۵	۷۸/۹	۶۰	ندارد
Pv=0.120	۰,۲۹۳(۰,۰۵۷-۱,۵۰۱)	۸/۵	۶	۲/۶	۲	دارد
		۹۱/۵	۶۵	۹۷/۴	۷۴	ندارد
Pv=0.148	۰,۲۹۳(۰,۰۵۷-۱,۵۰۱)	۷	۵	۱۴/۵	۱۱	دارد
		۹۳	۶۶	۸۵/۵	۶۵	ندارد
Pv=0.418	۰,۷۴۵(۰,۳۶۶-۱,۵۲۰)	۳۲/۴	۲۳	۲۶/۳	۲۰	دارد
		۶۷/۶	۴۸	۷۳/۷	۵۶	ندارد
Pv=0.768	۱,۲۵۹(۰,۲۷۲-۵,۸۳۴)	۴/۲	۳	۵/۳	۴	دارد
		۹۵/۸	۶۸	۹۴/۷	۷۲	ندارد

در یافته‌های ما می‌تواند مربوط به محدوده سنی کودکان مورد مطالعه بوده که معمولاً خطر شروع سوء مصرف مواد با ADHD نزدیک به یک دهه تفاوت دارد (۱۵ و ۱۶) که مطالعات آینده‌نگر می‌تواند تکمیل‌کننده این مطالعه باشد.

بر اساس مطالعات قبلی خطر همراهی اختلالات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای در پسران در نمونه‌های کلینیکی و چه در نمونه‌های جامعه بیشتر از دخترهاست (۷ و ۸ و ۹) و علی‌رغم افزایش خطر اختلال سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای در پسران در جمعیت کلی بدون ADHD (۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰) در یافته‌های ما تفاوتی در بین دختر و پسر دیده نشده است. این تناقض با یافته‌های ما ممکن است مربوط به جمعیت مورد مطالعه ما می‌باشد که جمعیت ارجاع‌دهنده به کلینیک بوده و بنابراین قابل‌تعمیم به نمونه‌های غیر ارجاعی نمی‌باشد. بعلاوه می‌تواند بیانگر آن باشد که دختران ADHD که به کلینیک ارجاع می‌شوند مشکلات بیشتری از نظر اختلالات رفتاری‌ایذایی داشته‌اند که در جمعیت ارجاع‌شده تفاوتی بین دختر و پسر وجود ندارد. خطر اختلالات افسردگی و اضطرابی علی‌رغم آنکه در دختران ADHD بالا می‌باشد ولی تفاوتی با پسران نداشته، گرچه این یافته با برخی از یافته‌های قبلی هم‌مانند می‌باشد (۱۰ و ۱۱) ولی تایید‌کننده فرضیه ما که همراهی بیشتر این اختلالات در دخترهای ADHD باعث عدم تشخیص بیماری اصلی می‌شود، نمی‌باشد.

این یافته می‌تواند تاییدی بر شروع تفاوت جنسی در شیوع اختلالات خلقی در سن بعد از بلوغ می‌باشد.

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

در این مطالعه والدین نسبت به تشخیص ناآگاه نبوده‌اند بنابراین احتمال آنکه مشکلات همراه را در کودکان خود با سوءگیری گزارش کنند وجود داشته، بعلاوه بیشتر اطلاعات ما از مادران گرفته شده که این خود در سوگیری اطلاعات مکسوبه

بر اساس یافته‌های ما، اختلالات افسردگی در دخترها ۷/۹ و در پسرها ۱۲/۷ درصد، اختلالات دو قطبی در دخترها ۷/۹ و در پسرها ۹/۹ درصد، اختلالات اضطرابی در دخترها ۳۱/۶ و در پسرها ۲۹/۶ درصد، اختلالات وسواسی جبری در دخترها ۲۷/۶ و در پسرها ۱۹/۱ درصد، اختلالات تیک و توره در دخترها ۱۷/۱ و در پسرها ۱۸/۲ درصد، اختلالات سوء مصرف مواد در دخترها دیده نشده و در پسرها ۵/۶ درصد، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در دخترها ۲۱/۱ و در پسرها ۲۲/۵ درصد، اختلال سلوک در دخترها ۲/۶ و در پسرها ۸/۵ درصد دیده می‌شود. اختلالات یادگیری در دخترها ۱۴/۵ و در پسرها ۷ درصد و اختلال بی‌اختیاری ادراری در دخترها ۲۶/۳ و در پسرها ۳۲/۴ درصد و اختلالات ارتباطی (لکنت زبان و اختلالات زبانی) در دخترها ۵/۳ و در پسرها ۴/۲ درصد می‌باشد.

در هیچ‌یک از یافته‌های ما تفاوت معناداری بین اختلالات همراه در دختر و پسر دیده نشد. در همراهی اختلال سوء مصرف مواد، تفاوت بین دو جنس نزدیک به معنادار بوده ( $P=0.036$ ) و ضمن آنکه شانس بروز آن در دخترها کمتر می‌باشد به نظر می‌رسد که جنس نقش محافظتی در بروز آن دارد ( $OR=0.393-0.558$ ) ( $P=0.469$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، ما اختلالات همراه در مبتلایان به ADHD دختر و پسر را بررسی کرده تا مشخص کنیم که آیا تفاوت فاصله نسبت دختر و پسر در نمونه‌های کلینیکی و جامعه در ارتباط با تفاوت در اختلالات همراه در دو جنس دختر و پسر می‌باشد.

یافته‌های ما رد‌کننده فرضیه ما می‌باشد که پیش‌بینی می‌کردیم که دختران مبتلا به ADHD میزان بالاتری از اختلالات افسردگی و اضطرابی و میزان پایین‌تر اختلالات سلوک و بی‌اعتنایی مقابله‌ای را در مقایسه با پسران دارند.

بر اساس مطالعات قبلی ADHD در دخترها یک عامل خطر جدی‌تر برای سوء مصرف مواد در مقایسه با پسران می‌باشد (۱۴) که نتایج ما خلاف آن را نشان داد، علاوه بر آنکه سوء مصرف مواد در دخترها پایین‌تر می‌باشد بلکه جنس مونث نقش محافظتی در بروز سوء مصرف مواد را دارد که این تفاوت

عملکرد بوده و مشابه بودن میزان خطر اختلالات همراه در دخترها و پسرها بیانگر وجود شباهت های بیشتر در سایر زمینه نظیر سیر ، پیش آگهی و پاسخ بالینی به درمان می باشد بنابراین ADHD و جنس دو عامل خطر مستقل برای اختلالات روانپزشکی همراه در ADHD می باشد . گر چه جهت تایید این یافته ها نیازمند مطالعات کنترل شده بیشتری می باشد.

در پایان این سوال مطرح است که آیا تفاوت فاصله جنسی در نمونه های جامع و ارجاع شده به کلینیک به علت وجود تفاوت در تظاهرات علایم ADHD و یا سوگیریها در ارجاع این کودکان است . برای جواب قطعی به این سوال نیاز به بررسی بیشتر می باشد، لذا تحقیقات بیشتر و مطالعات با حجم نمونه بیشتر در این رابطه به روشن شدن اتیولوژی، سیروپیش آگهی ADHD در دخترها کمک خواهد کرد.

دخیل می باشد. همچنین با توجه به آنکه ADHD یک بیماری هتروژن بوده و همراهی آن با سایر اختلالات روانپزشکی ، نشان دهنده انواع مختلف زیر گروه های ADHD می باشد، ما در این مطالعه انواع زیر گروه های ADHD را از یک دیگر جدا نکرده ایم.

بعلاوه ابزار استفاده شده جهت سنجش اختلالات همراه (K-SADS) در ایران از نظر روایی و پایایی مورد ارزیابی قرار نگرفته ولی با توجه به آنکه وابسته به فرهنگ نبوده ، می توان به روایی و پایایی گزارش شده در منابع خارجی استناد نمود که البته از محدودیت های مطالعه اخیر شمرده می شود .

علی رغم محدودیت های موجود یافته های ما می تواند بیانگر آن باشد که ADHD در دخترها نیز مانند پسرها یک اختلال جدی محسوب شده که با اختلال در حوزه های مختلف

## منابع:

- ۱- شهیم سیما . انطباق و هنجاریابی مقیاس تجدید نظر شده هوشی وکسلر برای کودکان . شیراز : چاپخانه مرکز نشر دانشگاه شیراز ، چاپ دوم، ۱۳۷۷.
- 2- Biederman J; Faraone SV; Eric Mick ; Williamson SL; Timothy E. Wilens; Thomas Spencer; Weber W; [Jettor JR](#).
- 3- Kraus Ilana, Pert Jim, Zallen, Barry. Clinical Correlates of ADHD in Females: Findings From a Large Group of Girls Ascertained From Pediatric and Psychiatric Referral Sources. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.1999, 38(8):966-975.
- 4- Anderson JC,Williams S,McGee R, Silva PA.DSM-III disorders in pre Adolescent children:Prevalance in a large sample population. *Archive of General Psychiatry*; 1987;44:69-7.
- 5- Bird HR,canino G,Rubio,Stipek M et al. Estimates of prevalence of childhood maladjustment in a community survey in PuertoRico. *Archive of General Psychiatry*;1988; 45:1120-1126.
- 6- Shaffer D,Fisher P,Dulcan M et al. The NIMH Diagnosric Internvie schedual for children Version2.3, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* ;1996; 35:865-877
- 7- Arnold L. ADHD Sex differences *Journal of Abnormal Psychology*;1995; 23:555–569.
- 8- Arnold L. Sex differences in ADHD: Conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*;1996;24:555–569.
- 9- Guab Mand ,Carlson C.L. Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*;1997; 36:1036–1045.
- 10- SaferDJ and Krager J.M. A survey of medication treatment for hyperactive/inattentive students. *Journal of the American Medical Association*; 1988; 260 (15) :2256–2258.
- 11- Wilens.T and Biederman J.The stimulants. In: *Psychiatric Clinics of North America* ;1992; vol 15: 191–222 (1992).
- 12- Stephen V. Faraone , Joseph Biederman , Eric Mick ,Alysa E. Doyle , Timothy Wilens , Thomas Spencer , Elizabeth Frazier and Kimberley Mullen A family study of psychiatric comorbidity in girls and boys with attention-deficit/hyperactivity disorder , *Biological Psychiatry* , 2001;50( 8), 586-592

- 13- Biederman, J. Newcorn and S. Sprich. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1991; 148:564-57.
- 14- Orvaschel . H. and. Puig-Antich. J. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children: Epidemiologic Version, Nova University, Fort Lauderdale, FL; 1987.
- 15- Wechsler D, Examinationer s Manual : Wechsler Intelligence Scale for children – 3<sup>rd</sup> ed. New York: psychological corporation ,1991.
- 16- Biederman J, Eric Mick , Stephen V. Faraone, Ellen Braaten, , Alysa Doyle, Thomas Spencer, Timothy E. Wilens, Elizabeth Frazier,, and Mary Ann Johnson. Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 1997; 159:36-42.
- 17- Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S, Thornell A, Pfister K, Garcia Jetton J, Soriano J. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? findings from a four-year prospective follow-up study *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1997; 36:21-29 [[Medline](#)] .
- 18- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement, occupational rank and psychiatric status. *Archive of General Psychiatry*, 1993; 50:565-576 [[Abstract](#)].
- 19- Erne RF. Selective female affliction in the developmental disorders of childhood: a literature review. *Journal of Clinical Psychology*, 1992; 21:354-364.
- 20- Keenan K, Loeber R, Green S. Conduct disorder in girls: a review of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1992; 2:3-19.
- 21- Loeber R, Keenan K. Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 1994; 14:497-523.
- 22- Kataoka SH, Zima BT, Dupre DA, Moreno KA, Yang X, McCracken JT. Mental health problems and service use among female juvenile offenders: their relationship to criminal history. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2001; 40:549-555.