



ارتباط الگوی مصرف مواد با ابتلا به اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی در نوجوانان پسر

دکتر مریم کوشا^۱

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر جواد علاقبندراد

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی تهران،

پژوهشکده علوم شناختی

دکتر زهرا شهریور

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مهدی تهرانی‌دوست

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر محمدرضا محمدی

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی تهران،

رئیس مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور

دکتر سید امیر کیانی

مرکز تحقیقات تنظیم خانواده رشت

هدف: هدف از این بررسی، مقایسه الگوی مصرف مواد در نوجوانان پسر مبتلا به اختلال مصرف مواد (SUD) با و بدون سابقه اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی (ADHD) بوده است. **روش:** در این مطالعه مقطعی تحلیلی، نوجوانان دارای سابقه SUD (بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR) به دو گروه با سابقه ADHD (۳۲ نفر) و بدون سابقه ADHD (۳۲ نفر) تقسیم شدند. این بیماران به روش در دسترس از میان افرادی که به منظور درمان SUD یا سایر اختلالات روانپزشکی به مرکز درمانی مراجعه کرده بودند و یا به علت SUD یا انواع دیگر بزهکاری در کانون اصلاح و تربیت نگهداری می‌شدند، انتخاب گردیدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل مصاحبه تشخیصی به وسیله روانپزشک کودک و نوجوان، پرسشنامه نیمه ساختار یافته برای اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا در کودکان دبستانی (K-SADS)، شاخص درمان مواد افیونی (OTI) و ارزیابی عملکرد کلی (GAF) بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در نوجوانان دارای سابقه ADHD در مقایسه با گروه شاهد، سن شروع مصرف سیگار و مواد پایین‌تر، فاصله بین شروع مصرف مواد تا ابتلا به وابستگی یا سوء مصرف کوتاه‌تر، شیوع مصرف داروها بالاتر و شدت مصرف سیگار، حبشیش، الکل، هروئین و داروها بیشتر است. همچنین شدت اختلال عملکرد در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بود. با آنکه اختلالات نافرمانی مقابله جویانه‌ای، سلوک، خلقی، دو قطبی، وسواسی-اجباری و تیک در گروه دارای سابقه ADHD شیوع بیشتری داشت، اما این تفاوت معنی‌دار نبود. میانگین تعداد اختلالات همراه در گروه مورد بیشتر بود. این میانگین در آن دسته از نوجوانان ADHD که سابقه ابتلا به اختلال سلوک داشتند نیز بالاتر از گروه بدون سابقه اختلال سلوک بود. **نتیجه‌گیری:** تشخیص به موقع و درمان مناسب ADHD در بهبود پیش‌آگهی این بیماران مؤثر است و از نظر اقتصادی نیز هزینه‌های پدیده مصرف مواد را کاهش می‌دهد.

مقدمه

اختلال بیش‌فعالی-کم‌توجهی (ADHD)^۲ شایع‌ترین اختلال عصبی رفتاری است که در مراجعان به درمانگاه‌های روانپزشکی کودک و نوجوان مشاهده می‌شود (ویلتز^۳، فاراتونه^۴، بیدرمن^۵ و

گاناواردن^۶، ۲۰۰۴). شیوع این اختلال را که از اوایل کودکی آغاز می‌گردد، تا ۱۲ درصد تخمین می‌زنند (ویس^۷، ۱۹۹۶). بررسی‌ها حاکی از آن است که در ۵۰ تا ۶۰ درصد موارد، علائم این اختلال تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند (آدلر^۸ و کوهن^۹، ۲۰۰۴).

2- Attention - Deficit/ Hyperactivity Disorder
4- Faraone
6- Ganawarden
8- Adler

3- Wilens
5- Biederman
7- Weiss
9- Cohen

E-mail: maryamkousha@yahoo.com

۱- نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.



مریم کوشا و همکاران

در نوجوانان دارای سابقه ADHD نسبت به گروه بدون سابقه این اختلال، اختلاف معنی‌دار نداشت، اما سن وابستگی یا سوء مصرف پایین‌تر و فاصله بین سوء مصرف تا وابستگی نیز کوتاه‌تر بود. به نظر می‌رسد که ADHD به تنهایی و بدون همراهی با اختلالی دیگر باعث افزایش احتمال SUD در اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی می‌شود (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۷؛ ویلنز و همکاران، ۱۹۹۷).

برخی مطالعات حاکی از احتمال بیشتر مصرف حشیش در افراد با سابقه ADHD می‌باشد (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۵). در مطالعه اسکوکیت و همکاران، مواد افیونی به عنوان ماده انتخابی افراد ADHD معرفی شد و در برخی مطالعات نیز اختلافی در نوع ماده مصرفی در افراد با و بدون ADHD یافت نشد (کلور و همکاران، ۱۹۹۹؛ بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۷؛ تامپسون و همکاران، ۱۹۹۶).

به نظر می‌رسد که ADHD با شروع منظم مصرف سیگار در سن پایین‌تر همراه باشد و می‌دانیم که شدت وابستگی به سیگار و شروع زودتر آن با شدت مصرف سایر مواد رابطه مستقیم دارد (ویلنز و همکاران، ۲۰۰۴؛ ارکان و همکاران، ۲۰۰۳؛ ریگز و همکاران، ۱۹۹۹). مطالعه‌ای نیز در زمینه تأثیر زیرگروه‌های مختلف ADHD بر SUD انجام شده است که احتمال ادامه انواع مختلط^{۳۴} و بی‌توجه^{۳۵} را تا بزرگسالی بیشتر از نوع بیش‌فعالی-تکانشی^{۳۶} دانسته و نتیجه گرفته است که گروه اول بیشتر به سمت SUD می‌روند (کلور و همکاران، ۱۹۹۹)، با این حال مورفی^{۳۷}، بارکلی^{۳۸} و باش^{۳۹} (۲۰۰۲) به این نتیجه رسیدند که بین انواع بی‌توجه و مختلط در مصرف حشیش و الکل اختلافی وجود ندارد.

در خصوص تأثیر درمان ADHD بر SUD نیز مطالعاتی شده

شیوع ADHD در بزرگسالان حدود پنج درصد برآورد می‌شود (ویلنز، ۲۰۰۴). درصد بالایی از موارد هم‌ابتلائی نیز در این بیماری مشاهده می‌شود که از جمله آنها اختلالات مربوط به مصرف مواد^۱ (SUD) می‌باشد. این همراهی در سال‌های اخیر مورد توجه فراوان قرار گرفته است (ویلنز، ۲۰۰۴؛ کلور^۲، برادی^۳، سالادین^۴، جانسون^۵ و واید^۶، ۱۹۹۹؛ ریگز^۷، ۱۹۹۸)، چرا که سابقه ADHD احتمال SUD را در نوجوانان و بزرگسالان افزایش می‌دهد (فیشر^۸، بارکلی^۹، اسمالیش^{۱۰} و فلچر^{۱۱}، ۲۰۰۲؛ ویلنز، ۲۰۰۴). چندین مطالعه نشان می‌دهد که ADHD باعث شروع زودتر و شدت بیشتر SUD می‌شود (کینگ^{۱۲}، برونر^{۱۳}، کیدورف^{۱۴}، استولر^{۱۵} و میرسکی^{۱۶}، ۱۹۹۹؛ ریگز، هال^{۱۷}، میکولیک - گیلبرستون^{۱۸}، لومان^{۱۹} و کایزر^{۲۰}، ۲۰۰۴). همراهی ADHD با اختلال سلوک^{۲۱} (CD) نیز باعث افزایش احتمال وابستگی شدیدتر به مواد و شروع زودتر و پیش‌آگهی بدتر اختلال سلوک و SUD و در نهایت ادامه این رفتارها تا بزرگسالی می‌گردد (مدستین^{۲۲}، متوات^{۲۳} و ورمل^{۲۴}، ۲۰۰۱؛ ریگز ۱۹۹۸؛ تامپسون^{۲۵}، ریگز، میکولیک و کراولسی^{۲۶}، ۱۹۹۶). به عقیده بارکلی مصرف مواد در اوایل بزرگسالی فقط در صورت همراهی ADHD با CD بیشتر خواهد شد و ویلنز معتقد است که اگرچه همراهی CD و اختلال خلقی دوقطبی^{۲۷} با ADHD، باعث شروع بسیار زودتر SUD می‌شود، این اثر مستقل از ADHD است و ADHD خود به تنهایی نیز باعث شروع زودتر SUD خواهد شد (ویلنز، ۲۰۰۴؛ ویلنز، بیدرمن، میک^{۲۸}، فاراتونه و اسپنسر^{۲۹}، ۱۹۹۷). بیدرمن در سال ۱۹۹۵ خاطر نشان کرد که در مقایسه با جمعیت عادی، احتمال SUD در ADHD به تنهایی، دو برابر و در همراهی ADHD با CD، چهار برابر می‌باشد (ارکان^{۳۰}، کاسکونول^{۳۱}، واران^{۳۲} و توکسوز^{۳۳}، ۲۰۰۳).

تامپسون و همکاران (۱۹۹۶) نشان دادند که اگرچه سن شروع مصرف مواد در افراد با و بدون ADHD تفاوتی نداشته است، اما در گروهی که دارای سابقه ADHD بودند، سن شروع مصرف منظم مواد کمتر و احتمال وابستگی بیشتر از گروه دیگر بود. مطالعه بیدرمن و همکاران (۱۹۹۷)، حاکی از این بود که وجود ADHD به تنهایی احتمال اختلال مصرف مواد را در اوائل نوجوانی بسالا نمی‌برد، ولی وجود اختلالات سلوک و دوقطبی احتمال SUD را در اوائل نوجوانی افزایش می‌دهد. همچنین سن شروع مصرف مواد

| | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1- Substance Use Disorders | 2- Clure |
| 3- Brady | 4- Saladin |
| 5- Johnson | 6- Waid |
| 7- Riggs | 8- Fischer |
| 9- Barkley | 10- Smallish |
| 11- Fletcher | 12- King |
| 13- Brooner | 14- Kidorf |
| 15- Stoller | 16- Mirsky |
| 17- Hall | 18- Mikulich-Gilberston |
| 19- Lohman | 20- Kayser |
| 21- Conduct Disorder | 22- Modestin |
| 23- Matutat | 24- Wurmle |
| 25- Thompson | 26- Crowley |
| 27- Bipolar Mood Disorder | 28- Mick |
| 29- Spencer | 30- Ercan |
| 31- Coskunol | 32- Varan |
| 33- Toksoz | 34- combined |
| 35- inattentive | 36- hyperactive/impulsive |
| 37- Murphy | 38- Barkley |
| 39- Bush | |



مریم کوشا و همکاران

در تحقیق، رضایت‌نامه کتبی از آنها و والدینشان می‌گرفت. سپس مصاحبه تشخیصی انجام و پرسشنامه‌ها پر می‌شد.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه برنامه کیدی برای اختلال عاطفی و اسکیزوفرنیا در کودکان سنین مدرسه^۱ (K-SADS) یک پرسشنامه نیمه ساختاری است که به منظور تشخیص انواع اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا به کار می‌رود. هر سؤال با نظر والد، بیمار و پرسشگر و در دو حالت زمانی گذشته و حال جواب داده می‌شود و در صورتی که پرسش‌های اولیه شک به وجود اختلال را در زمان حال یا گذشته مطرح کند، از پرسشنامه تکمیلی که شامل سؤال‌های کامل‌تر است، استفاده می‌شود. نسخه اصلی ابزار، پایایی بسیار خوب دارد، ولی یافته‌ها در مورد روایی آن محدود است (آمبروزینی^۲، ۲۰۰۰).

۲- شاخص درمان ایپوم^۳ (OTL) شاخص درمان مواد افیونی شامل اطلاعاتی در مورد مصرف انواع مواد مخدر در یک ماه اخیر می‌باشد. این مواد شامل سیگار، الکل، حشیش، ترکیبات تریاک، هروئین، دیفنو کسيلات، بوپرنورفین، آمفتامین، کوکائین، داروهای آرام‌بخش (مثل دیازپام و باریتورات‌ها)، مواد توهم‌زا و مخدرهای استنشاقی است. این پرسشنامه همچنین در مورد رفتارهای تزریقی، جنسی و بزهکاری و تندرستی فرد اطلاعاتی فراهم می‌آورد. با استفاده از این پرسشنامه، نوع مواد مصرفی و شدت مصرف هر کدام از آنها در پنج درجه (از عدم مصرف تا بیش از یک‌بار در روز) و همچنین سن شروع سیگار و سایر مواد برای اولین بار و مصرف به صورت وابستگی یا سوء مصرف مشخص می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار بسیار خوب است (دارک^۴، وارد^۵، هال، هیترو و وداک^۶، ۱۹۹۱).

۳- پرسشنامه سنجش کلی عملکرد^۷ (GAF) این پرسشنامه عملکرد کلی فرد را از صفر تا ۱۰۰ در ۱۰ گروه درجه‌بندی می‌کند.

است که ماحصل آنها متاآنالیز ویلسن و همکاران (۲۰۰۴) است. نتیجه این مطالعه نشان می‌دهد که درمان با داروهای محرک، با کاهش احتمال خطر مصرف مواد و الکل همراه است.

در نهایت، بسیاری از مطالعات مؤید وجود اختلالات همراه به خصوص اختلالات اضطرابی و عاطفی، اختلالات مربوط به خوردن و اختلالات رفتار ایذایی در نوجوانان مصرف‌کننده مواد است (کینگ و همکاران، ۱۹۹۹).

گرچه در بسیاری از تحقیقات، ارتباط بین ADHD و SUD ثابت شده، اما اکثر این مطالعات در آمریکای شمالی و در بزرگسالان دارای سابقه ADHD صورت گرفته است. از آنجا که عوامل اجتماعی و فرهنگی در بروز الگوهای خاص مصرف مواد نقش ویژه دارند، بر آن شدیم تا ارتباط ADHD را با الگوی مصرف مواد در نوجوانان ایرانی مورد مطالعه قرار دهیم.

روش

در این پژوهش مقطعی تحلیلی که از زمستان ۱۳۸۲ تا زمستان ۱۳۸۳ به طول انجامید، نمونه‌گیری به روش غیر احتمالی در دسترس انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱- سن ۱۱ تا ۱۸ سال (به عنوان نوجوان)، ۲- مصرف مواد غیر از سیگار و الکل حداقل در یک ماه گذشته و ۳- مصرف به شکل وابستگی یا سوء مصرف. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از ۱- مصرف برای کسب تجربه، ۲- مصرف مواد محدود به سیگار و الکل و ۳- هرگونه اختلال سایکوتیک. آزمودنی‌های هر دو گروه را نوجوانانی تشکیل می‌دادند که دارای اختلال مصرف مواد به صورت وابستگی یا سوء مصرف بودند و جهت درمان اختلالات مصرف مواد یا سایر اختلالات روانپزشکی به درمانگاه روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه مراجعه می‌کردند و یا نوجوانان دارای سابقه مصرف مواد که به علت مصرف مواد یا انواع دیگر بزهکاری در کانون اصلاح و تربیت نگهداری می‌شدند. گروه مورد شامل افراد دارای سابقه اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی بودند و در گروه شاهد سابقه این اختلال وجود نداشت.

تعداد افراد هر گروه ۳۳ نفر بود.

با این افراد نخست نویسنده اول مقاله یک مصاحبه بالینی می‌کرد و در صورت داشتن معیارهای یاد شده و تمایل به شرکت

1- Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children

2- Ambrosini

3- Opium Treatment Index

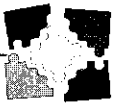
4 - Darke

5- Ward

6- Heather

7- Wodak

8- Global Assessment of Functioning



جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

| سطح معنی داری | فائد ADHD (تعداد = ۳۳) | دارای ADHD (تعداد = ۳۳) | مشخصات آزمودنی‌ها |
|---------------|---------------------------|----------------------------|--------------------|
| | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | |
| ۰/۰۱۷ | ۸ (۲۵) | ۲۰ (۶۱) | تحصیلات |
| | ۲۲ (۶۵) | ۹ (۲۷) | ابتدائی |
| | ۳ (۱۰) | ۴ (۱۲) | دیرستان بی سواد |
| ns | ۹ (۲۷) | ۸ (۲۴) | شغل |
| | ۷۰ (۲۱) | ۹ (۲۷) | کارگر |
| | ۴ (۱۲) | ۱ (۳) | محصل |
| | ۱۳ (۴۰) | ۱۵ (۴۶) | آزاد بیکار |

تجزیه و تحلیل آماری:

بیش فعالی و تکانشی و ۲۴ نفر نوع مختلط بودند. در تمامی موارد، تشخیص ADHD تا نوجوانی ادامه داشت.

براساس نتایج مندرج در جدول ۲، سن شروع مصرف سیگار و مواد و سن شروع وابستگی یا سوء مصرف در گروه ADHD پایین تر ($p < ۰/۰۵$) و شیوع مصرف داروها در گروه ADHD بالاتر از گروه شاهد بود ($p < ۰/۰۱$). پرمصرف ترین داروها در آزمودنی‌های هر دو گروه، داروهای دسته بتزودیازپین بودند. شدت مصرف حشیش، هروئین، الکل، سیگار و داروها نیز در گروه ADHD بیشتر از گروه شاهد بود ($p < ۰/۰۵$). میانگین سطح عملکرد کلی در گروه ADHD پایین تر از گروه شاهد بود ($p < ۰/۰۱$).

جدول ۳، به شیوع انواع بیماری‌های همراه در جمعیت مورد مطالعه مربوط می‌باشد. براساس نتایج، شیوع اختلال نافرمانی مقابله جویانه‌ای^۱، اختلال سلوک، اختلال خلقی دوقطبی، اختلال تیک و اختلال وسواسی- اجباری^۲ در گروه ADHD بالاتر از گروه شاهد بود. البته این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود، اما میانگین تعداد بیماری‌های همراه در گروه مورد بالاتر بود. $۱/۹$ در برابر $۱/۳$ (مورد).

داده‌های این بررسی با کمک آزمون آماری کای دو و آزمون t تحلیل گردید (برنامه کامپیوتری EPI6). با توجه به کوچک بودن حجم نمونه‌ها در مواردی از تست فیشر^۱ استفاده شد.

یافته‌ها

۱۰ نفر (۲۹ درصد) از آزمودنی‌های گروه مورد را بیماران مراجعه کننده به بیمارستان روزبه و ۲۳ نفر (۷۱ درصد) را نوجوانان کانون اصلاح و تربیت تشکیل می‌دادند. این آمار در گروه شاهد به ترتیب ۱۲ نفر (۳۴ درصد) و ۲۱ نفر (۶۶ درصد) بود. این مقادیر در گروه‌های مورد و شاهد اختلاف معنی دار آماری نداشتند و گروه‌ها از این نظر همگن بودند.

جدول ۱، برخی خصوصیات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. توضیح اینکه آزمودنی‌ها همگی مذکر بودند. آزمون t میان گروه ADHD و گروه شاهد از نظر سن و اشتغال اختلاف معنی داری نشان نداد. از نظر سطح تحصیلات، گروه ADHD با اختلاف معنی داری پایین تر از گروه شاهد بود. میانگین سن افراد دارای ADHD، $۱۶/۹$ سال (با انحراف معیار $۰/۸$) و در افراد فاقد ADHD $۱۷/۱$ سال (با انحراف معیار $۱/۱$) بود و اختلاف آن‌ها معنی دار نبود.

در گروه ADHD، یک نفر نوع بی توجه، هشت نفر نوع

1- Fisher's exact test 2 - Oppositional Defiant Disorder
3- Obsessive Compulsive Disorder



جدول ۲- مشخصات مربوط به مصرف مواد در دو گروه با و بدون ADHD

| سطح معنی‌داری | فاقد ADHD (تعداد = ۳۳) | دارای ADHD (تعداد = ۳۳) | مشخصات مصرف سیگار و سایر مواد |
|---------------|---------------------------|----------------------------|---|
| | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | |
| ۰/۰۰۰۱ | ۱۳/۷ (۱/۳) | ۱۱/۴ (۱/۷) | سن شروع مصرف سیگار (سال) |
| ۰/۰۰۰۱ | ۱۴/۹ (۱/۱) | ۱۲/۶ (۱/۲) | سن شروع مصرف مواد (سال) |
| ۰/۰۰۰۱ | ۱۵/۹ (۱/۱) | ۱۳/۲ (۱/۳) | سن شروع وابستگی یا سوء مصرف مواد (سال) |
| ۰/۰۰۰۰۱ | ۱۳/۵ (۷) | ۶ (۷) | فاصله زمانی بین شروع مصرف مواد تا وابستگی یا سوء مصرف (ماه) |
| | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | شیوع مصرف |
| ns | ۲۸ (۸۴) | ۲۵ (۷۵) | تریاک |
| ns | ۲۰ (۶۰) | ۲۶ (۷۵) | حشیش |
| ns | ۱۲ (۳۶) | ۱۸ (۵۴) | هروئین |
| ns | ۱۷ (۵۱) | ۲۱ (۶۳) | الکل |
| ns | ۳۰ (۹۵) | ۳۳ (۱۰۰) | سیگار |
| ۰/۰۰۰۸ | ۳ (۹) | ۱۲ (۳۶) | داروها |
| | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | شدت مصرف |
| ns | ۲/۲ (۱/۳) | ۱/۹ (۱/۴) | تریاک |
| ۰/۰۲۸ | ۱ (۱) | ۱/۷ (۱/۳) | حشیش |
| ۰/۰۲۸ | ۰/۶ (۱/۳) | ۱/۹ (۱/۸) | هروئین |
| ۰/۰۴۹ | ۰/۶ (۰/۷) | ۱/۹ (۰/۸) | الکل |
| ۰/۰۰۴ | ۳/۲ (۱/۲) | ۳/۸ (۰/۵) | سیگار |
| ۰/۰۲ | ۰/۱ (۰/۴) | ۰/۵ (۰/۸) | داروها |
| ۰/۰۰۱ | ۵۵ (۵) | ۴۵ (۵) | میانگین سطح عملکرد کلی |

جدول ۳- شیوع انواع اختلالات همراه در دو گروه با و بدون ADHD

| سطح معنی‌داری | فاقد ADHD (تعداد = ۳۳) | دارای ADHD (تعداد = ۳۳) | نوع اختلال همراه |
|---------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | |
| ns | ۷ (۲۱) | ۱۲ (۳۶) | اختلال سلوک |
| ns | ۱۶ (۴۸) | ۱۱ (۳۳) | اختلال افسردگی عمده |
| ns | ۳ (۱۲) | ۱۰ (۳۰) | اختلال خلقی دوقطبی |
| ns | ۵ (۱۵) | ۱۰ (۳۰) | اختلال نافرمانی مقابله جویانه‌ای |
| ns | ۳ (۹) | ۸ (۲۴) | اختلال تیک |
| ns | ۴ (۱۲) | ۵ (۱۵) | ترس مرضی |
| ns | ۲ (۶) | ۴ (۱۲) | اختلال وسواسی - اجباری |
| ns | ۳ (۹) | ۱ (۳) | اختلال اضطراب عمومی |
| ns | ۰ (۰) | ۱ (۳) | شب‌ادراری |
| ns | ۱ (۳) | ۰ (۰) | اختلال استرس پس از سانحه |



سابقه اختلال سلوک در نوجوانان مبتلا به ADHD می‌باشد. در هیچ کدام از موارد، اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد و فقط متوسط تعداد اختلالات همراه در گروه دارای اختلال سلوک بیشتر از گروه بدون اختلال سلوک بود (۲/۵ در مقابل ۱/۵ مورد).

جدول ۴، شاخص‌های آماری مربوط به مصرف مواد را در دو گروه با و بدون CD در نوجوانان مبتلا به ADHD نشان می‌دهد. نتایج در هیچ کدام از موارد، اختلاف آماری معنی‌داری نشان نمی‌دهد.

جدول ۵، نشانگر شیوع اختلالات همراه در دو گروه با و بدون

جدول ۴- مشخصات مربوط به مصرف مواد در دو گروه با و بدون اختلال سلوک (CD) در نوجوانان ADHD

| سطح معنی‌داری | فاقد CD (تعداد = ۱۲) | دارای CD (تعداد = ۱۲) | مشخصات مصرف سیگار و سایر مواد |
|---------------|-------------------------|--------------------------|---|
| | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | |
| ns | ۱۲/۳ (۱/۵) | ۱۲ (۲) | سن شروع مصرف سیگار (سال) |
| ns | ۱۳/۷ (۱/۴) | ۱۳/۵ (۱/۱) | سن شروع مصرف مواد (سال) |
| ns | ۱۴/۴ (۱/۲) | ۱۳/۹ (۱/۱) | سن شروع وابستگی یا سوء مصرف مواد (سال) |
| ns | ۷/۵ (۱۰) | ۴/۵ (۵) | فاصله زمانی بین شروع مصرف مواد تا وابستگی یا سوء مصرف (ماه) |
| | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | شیوع مصرف |
| ns | ۱۶ (۷۱) | ۱۰ (۸۳) | تریاک |
| ns | ۱۶ (۷۱) | ۹ (۷۵) | حشیش |
| ns | ۱۰ (۴۷) | ۸ (۶۶) | هروئین |
| ns | ۱۲ (۵۷) | ۹ (۷۵) | الکل |
| ns | ۲۱ (۱۰۰) | ۱۲ (۱۰۰) | سیگار |
| ns | ۸ (۳۸) | ۵ (۴۱) | داروها |
| | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) | شدت مصرف |
| ns | ۲ (۱/۵) | ۲/۱ (۱/۳) | تریاک |
| ns | ۱/۷ (۱/۳) | ۱/۶ (۱/۳) | حشیش |
| ns | ۱/۷ (۱/۸) | ۲ (۱/۹) | هروئین |
| ns | ۱ (۱) | ۰/۸ (۰/۳) | الکل |
| ns | ۳/۸ (۰/۶) | ۳/۹ (۰/۳) | سیگار |
| ns | ۰/۵ (۰/۹) | ۰/۵ (۰/۸) | داروها |
| ۰/۰۰۱ | ۴۵ (۵) | ۳۵ (۵) | میانگین سطح عملکرد کلی |



| سطح معنی‌داری | فاقد CD (تعداد = ۲۱) | دارای CD (تعداد = ۱۲) | نوع اختلال همراه |
|---------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | |
| ns | ۴ (۱۹) | ۶ (۵۰) | اختلال نافرمانی مقابله جویانه‌ای |
| ns | ۶ (۲۸) | ۵ (۴۱) | افسردگی عمده |
| ns | ۷ (۳۳) | ۳ (۲۵) | اختلال خلقی دوقطبی |
| ns | ۵ (۳۳) | ۳ (۲۵) | اختلال تیک |
| ns | ۴ (۱۹) | ۰ (۰) | اختلال وسواسی - جبری |
| ns | ۱ (۵) | ۰ (۰) | توس مرضی |
| ns | ۱ (۵) | ۰ (۰) | اختلال اضطراب جدایی |
| ns | ۰ (۰) | ۰ (۰) | شب‌اداری |
| ns | ۰ (۰) | ۰ (۰) | اختلال استرس پس از سانحه |

ADHD و کنترل را توجیه کند.

در این مطالعه، سن شروع سوء مصرف و وابستگی در گروه ADHD پایین‌تر بود که این بر یافته‌های قبلی منطبق است (ویلنز، ۲۰۰۴؛ تامپسون و همکاران، ۱۹۹۶؛ بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۷؛ ویلنز و همکاران، ۱۹۹۷). شدت مصرف مواد در این مطالعه در گروه ADHD بیشتر بود که باز هم مطابق با یافته‌های قبلی می‌باشد (ریگز و همکاران، ۲۰۰۴؛ ویلنز، ۲۰۰۴؛ مدستین و همکاران، ۲۰۰۱؛ ریگز، میکولیک، ویتمور^۱ و کراولی، ۱۹۹۹).

به نظر می‌رسد خصوصیات مثل تکانشی بودن رفتار و علاقه به فعالیت‌هایی که با دریافت پاسخ مثبت فوری همراه باشد و همچنین علاقه به کسب تجربیات جدید^۲ که در علت‌شناسی SUD مطرح و در مبتلایان به ADHD نیز محرز می‌باشد، می‌تواند یک عامل تأثیرگذار بر تفاوت‌های موجود در الگوی مصرف مواد در نوجوانان مبتلا به ADHD در مقایسه با سایر نوجوانان باشد. بعضی از بررسی‌ها نیز حاکی از دخالت نوروترانسمیترهای سروتونین و دوپامین در بروز این تفاوت‌ها می‌باشد (کاردینال^۳، وینستالی^۴، رایبیتز^۵ و اوریت^۶، ۲۰۰۴). مطالعات اولیه، عملکرد ژن‌های مربوط به آنزیم فعال‌کننده COMT^۷ و ژن رسپتور دوپامین چهار (DRD4) را نیز در این مورد دخیل می‌دانند (کامینگز^۸ و همکاران، ۱۹۹۹). در این مطالعه اختلاف آماری از نظر شیوع اختلالات همراه در

بحث

بنابر نتایج این مطالعه، وجود سابقه ADHD با پایین‌تر بودن سن مصرف سیگار و سایر مواد همراه است. همچنین در این گروه، سن مصرف مواد (به صورت وابستگی یا سوء مصرف) پایین‌تر از گروه شاهد بود، به این معنی که در گروه ADHD فاصله بین شروع مصرف تا وابستگی یا سوء مصرف کمتر از گروه شاهد بود. همچنین شدت مصرف مواد و نیز متوسط تعداد اختلالات همراه در گروه دارای سابقه ADHD بیشتر بود. در این مطالعه، پایین‌تر بودن سن شروع مصرف مواد در افراد ADHD با یافته‌های ویلنز (۲۰۰۴)، کینگ و همکاران (۱۹۹۹) و ریگز (۱۹۹۸) هم‌سو می‌باشد. گرچه در مطالعه تامپسون و همکاران (۱۹۹۶)، سن شروع مصرف مواد در نوجوانان با و بدون سابقه ADHD تفاوتی نداشت، در آن مطالعه همه نوجوانان دارای سابقه اختلال سلوک بودند و اختلال سلوک بدون همراهی با ADHD نیز باعث شروع زودتر مواد می‌شد. همچنین در مطالعه بیدرمن و همکاران (۱۹۹۷) و ویلنز و همکاران (۱۹۹۷) سن شروع مصرف مواد در اوائل نوجوانی با ADHD به تنهایی رابطه نداشت، ولی همراهی اختلال خلقی دوقطبی و اختلال سلوک با ADHD با شروع زودتر مصرف مواد همراه بود. در مطالعه حاضر نیز ۶۶ درصد از نوجوانان ADHD به اختلال خلقی دوقطبی یا اختلال سلوک مبتلا بودند، در حالی که در گروه کنترل ۳۳ درصد چنین مشکلی داشتند و این اختلاف می‌تواند معنی‌دار بودن سن شروع مصرف مواد در گروه

1- Whitmore

3 - Cardinal

5- Robbins

7- catechol - o - methyltransferase

2- novelty seeking

4- Winstanley

6- Everitt

8- Comings



مریم کوشا و همکاران

برخی از نوجوانانی که در کانون اصلاح و تربیت نگهداری می‌شدند، امکان‌پذیر نشد.

اهمیت یافته‌های مطالعه ما از آن جهت است که این احتمال را مطرح می‌کند که درمان ADHD به عنوان یک اختلال درمان‌پذیر می‌تواند شروع مصرف مواد را به میزان قابل توجهی به تأخیر اندازد، از شدت آن بکاهد و در نتیجه بار اقتصادی و همچنین عوارض اجتماعی آن را کم کند.

با توجه به اهمیت روز افزون مشکلات مربوط به مصرف مواد در نوجوانان و بزرگسالان و با توجه به شیوع بالای ADHD در جامعه و یافته‌های مبتنی بر تأثیر درمان ADHD در کاهش مصرف مواد، لزوم تشخیص به موقع و درمان ADHD در کودکان آشکار می‌گردد.

انجام تحقیقات طولی در زمینه تأثیر غربالگری کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD و تشخیص به موقع و درمان آن بر کاهش عوارض ناشی از مصرف مواد در آینده پیشنهاد مناسبی به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

از همکاری مسئولان و کارکنان درمانگاه کانون اصلاح و تربیت تهران که در این مطالعه با ما همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود. این مطالعه با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

دو گروه با و بدون ADHD معنی‌دار نبود که شاید به علت نمونه‌گیری از کانون اصلاح و تربیت باشد. اما متوسط تعداد اختلالات همراه در گروه ADHD بالاتر بود که هم‌سو با یافته‌های قبلی است (کینگ و همکاران، ۱۹۹۹).

نوجوانان مبتلا به ADHD، در شاخص‌های مربوط به مصرف مواد و نوع بیماری همراه در گروه‌های با و بدون سابقه اختلال سلوک اختلاف آماری معنی‌داری نشان ندادند که این یافته با یافته‌های قبلی همخوانی نداشت. البته شیوع برخی از اختلالات در گروه ADHD و CD بیشتر بود که به نظر می‌رسد به علت کم بودن تعداد آزمودنی‌ها اختلاف معنی‌دار نشده است. همچنین ابتلای تعداد قابل توجه نوجوانان ADHD، بدون سابقه اختلال سلوک به اختلالات خلقی (۴۱ درصد افسردگی عمده و ۲۵ درصد اختلال خلقی دوقطبی) می‌تواند توجیه‌کننده این نتایج باشد، چرا که وجود اختلال خلقی در الگوی مصرف مواد در نوجوانان مؤثر است (ویلنز، ۲۰۰۴؛ بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۷).

شیوع مصرف داروها در گروه ADHD بیشتر بود که در مطالعات قبلی به آن اشاره نشده بود، اما شدیدتر بودن مصرف حشیش، هروئین، الکل، سیگار و داروها در گروه ADHD مطابق با یافته‌های قبلی می‌باشد (کینگ و همکاران، ۱۹۹۹؛ ریگز، ۱۹۹۸؛ تامپسون و همکاران، ۱۹۹۶؛ مدستین و همکاران، ۲۰۰۱).

از محدودیت‌های این مطالعه، کوچک بودن حجم نمونه، مذکر بودن تمام آزمودنی‌ها و مشکل در دسترسی به نوجوانان مصرف‌کننده مواد در جامعه می‌باشد. همچنین دسترسی به والدین

منابع

Adler, L., & Cohen, J. (2004). Diagnosis and evaluation of adult with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 187-201.

Ambrosini, P.J. (2000). Historical Development and Present Status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 39, 49-58.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Faraone, S.V., Weber, W., Curtis, S., Thornell, A., Pfister, K., Jetton, J.G., & Soriano, J. (1997). Is ADHD a Risk factor for psychoactive substance use disorder? Findings from a four-year prospective follow-up

study. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 36, 21-29.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T.J., & Faraone SV. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1652-1658.

Cardinal, R.N., Winstanley, C.A., Robbins, T.W., & Everitt, B.J. (2004). Limbic corticostriatal systems and delayed reinforcement. *Annual New York Academy of science*, 1021, 33-50.



مریم کوشا و همکاران

Clure, C.H., Brady, K.T., Saladin, M.E., Johnson, D., & Waid, R.R.M. (1999). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use: Symptom pattern and drug choice. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 441-448.

Comings, D.E., Gonzalez, N., Wu, S., Gade, R., Muhleman, D., Saucier, G., Johnson, P., Verde, R., Rosenthal, R.J., Lesieur, H.R., Rugle, L.J., Miller, W.R., & MacMurray, J.P. (1999). Studies of the 48 bp repeat of the DRD4 gene in impulsive-addictive behaviors: Tourette syndrome, ADHD, pathological gambling, and substance abuse. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsych.Genet.)*, 88, 358-368.

Darke, S., Ward, J., Hall, W., Heather, N., & Wodak, A. (1991). *The Opiate Treatment Index (OTI) researcher's manual*. National Drug and Alcohol Research Centre Technical Report Number 11. Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre.

Ercan, E.S., Coskunol, H., Varan, A., & Toksoz, K. (2003). Childhood attention deficit/hyperactivity disorder and alcohol dependence: A 1 year follow-up. *Alcohol and Alcoholism*, 38, 352-356.

Fischer, M., Barkley, R.A., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: Self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of Abnormal Psychology*, 30, 463-475.

King, V.L., Brooner, R.K., Kidorf, M.S., Stoller, K.B., & Mirsky, A.F. (1999). Attention deficit hyperactivity disorder and treatment outcome in opioid abusers entering treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 487-495.

Modestin, J., Matutat, B., & Wurmle, O. (2001). Antecedents of opioid dependence and personality disorder: Attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 42-47.

Murphy, K.R., Barkley, R.A., & Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 147-157.

Riggs, P.D. (1998). Clinical approach to treatment of ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 331-332.

Riggs, P.D., Hall, S.K., Mikulich-Gilbertson, S.K., Lohman, M., & Kayser, A. (2004). A randomized controlled trial of pemoline for attention-deficit/hyperactivity disorder in substance-abusing adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 420-429.

Riggs, P.D., Mikulich, S.K., Whitmore, E.A., & Crowley, T.J. (1999). Relationship of nicotine dependence to ADHD, depression and non-tobacco substance use disorders in conduct-disordered, substance-dependent adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 54, 195-205.

Thompson, L.L., Riggs, P.D., Mikulich, S.K., & Crowley, T.J. (1996). Contribution of ADHD symptoms to substance problems and delinquency in conduct disordered adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 325-347.

Weiss, G. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 544-63). Baltimore, Md.: Williams and Wilkins.

Wilens, T.E. (2004). Attention-deficit/ hyperactivity disorder and the substance use disorders: The nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric clinics of North America*, 27, 283-301.

Wilens, T.E., Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., & Spencer, T. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 475-482.

Wilens, T.E., Faraone, S.V., Biederman, J., & Ganawarden, S. (2004). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget Later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111, 179-185.