

مقایسه‌ی نیم‌رخ جنسیتی اختلالات روان‌پزشکی هم‌بود با اختلال خواندن (مطالعه‌ی کیفی)

محمد حاتمی^۱، علیرضا احمدیان^۲ و حمیدرضا حسن‌آبادی^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی نیم‌رخ جنسیتی هم‌بودی اختلالات روان‌پزشکی با اختلال خواندن در دختران و پسران ۱۵ تا ۱۶ ساله مدارس شرق شهر تهران است. اختلالات یادگیری از مشکلات شایع دوران کودکی است که در این میان اختلال خواندن، شایع‌ترین اختلال یادگیری محسوب می‌شود. داده‌ها به شکل کیفی از مقایسه‌ی طولی یک جامعه‌ی آماری بالینی در شرق تهران (N=۴۰۰) نمونه‌ی مشتمل بر دو گروه سالم (خواندن معمول) و بالینی (اختلال در خواندن) تشکیل شده بودند، استخراج و تفسیر شد. تشخیص، اختلال‌های بیش‌فعالی به همراه کمبود توجه، افسردگی مزمن، استفاده از مواد مخدر، اختلالات اضطراب اجتماعی و ... براساس DSM-IV-TR مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که اختلال بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه در هر دو جنس بیشترین میزان هم‌بودی را با اختلال خواندن داشتند و در هم‌بودی سایر اختلالات روان‌پزشکی جنبه‌های افتراقی معنادار این اختلاف جنسیتی در هم‌بودی نیم‌رخ این دو جنس از دانش‌آموزان وجود دارد که می‌توان نتیجه گرفت نیم‌رخ جنسیتی اختلالات روان‌پزشکی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خواندن در جمعیت نمونه متفاوت است که در پسران اختلال‌های ADHD با ۳۴/۷ درصد، اضطراب اجتماعی با ۱۵/۴ درصد، افسردگی مزمن با ۱۳/۵ درصد، سلوک با ۱۳/۵ درصد، وسواس-جبری با ۱۱/۶ درصد و فویبای خاص با ۱۱/۲ درصد به ترتیب بیشترین میزان هم‌بودی را با اختلال خواندن داشتند و در نوجوانان دختر از نظر برجستگی اختلال‌های ADHD، خوردن با ۱۶/۶ درصد، وسواسی-جبری با ۱۴/۷ درصد، فویبای خاص با ۱۴/۲ درصد، اضطراب فراگیر با ۱۱/۵ درصد و افسردگی مزمن با ۱۰/۸ درصد به ترتیب بیشترین هم‌بودی را داشتند.

واژه‌های کلیدی: اختلال خواندن، هم‌بودی، اختلالات روان‌پزشکی، نیم‌رخ جنسیتی

۱. نویسنده رابط: استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی (Hatami513@gmail.com)

۲. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی

۳. استادیار گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۱/۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۲/۲۶

مقدمه

ضرورت مطالعه عوامل هم‌بود با اختلالات یادگیری در دوران مدرسه می‌تواند موجب افزایش توانمندی بالینی سیستم آموزشی، مشاوران و متخصصان بهداشت روان و خانواده دانش‌آموز دچار اختلال یادگیری شود و دورنمای مناسب‌تری را برای کنترل و کاهش عوارض ناشی از این اختلالات بر سیستم هیجانی و رفتاری و برخی از آثار ضربات روانی ناشی و یا هم‌بود با نقص و اختلال یادگیری را ایجاد نماید و سطوح اثربخشی درمان‌های طبی و رفتاری را در این نقص آموزشی، ارتقا بخشد (اصلی‌پور، کافی، خسرو جاوید و فخری، ۱۳۹۲). در ضمن شناخت افتراق جنسیتی در اختلال‌های یادگیری به پژوهشگران کمک می‌کند تا زیربنای عصب روان‌شناختی و تفاوت‌های فردی جنسیتی را در جانبی شدن مغز، رسش سیستم عصبی و آسیب‌شناسی روانی را بهتر شناخته و تدابیر آموزشی و درمانی کارآمدتری را به کار گیرند (ویلکات^۱، ۲۰۰۰). براساس تعریف چهارمین راهنمای تشخیصی-آماري اختلالات روانی، اختلالات یادگیری زمانی تشخیص داده می‌شوند که پیشرفت در آزمون‌های استاندارد شده برای خواندن، ریاضیات و بیان نوشتاری به طور قابل ملاحظه‌ای، زیر حد مورد انتظار برحسب سن، سطح هوشی و تحصیلات باشد (آریان‌پوران، عزیزی و دنیاروند، ۱۳۹۲). میزان شیوع این اختلال، با در نظر گرفتن میزان قطعیت و تعاریف به کار رفته از ۲ تا ۱۰ درصد تخمین زده می‌شود. اختلال یادگیری یکی از مهم‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی کودکان است. گفته می‌شود که ۵۰ درصد دانش‌آموزان در مدارس ایالات متحده آمریکا دست کم یک نوع اختلال یادگیری دارند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳) اما به طور کلی دامنه‌ی ناتوانی یادگیری از ۱ تا ۳۰ درصد برآورده شده است. از لحاظ سنی دانش‌آموزان دارای ناتوانی یادگیری از سن ۶ تا ۱۱ سالگی به تدریج افزایش می‌یابند و اکثر آن‌ها

1 . Willcutt

در گستره سنی ۱۰ تا ۱۵ سالگی قرار دارند (بشرپور، عیسی‌زادگان و علیزاده، ۱۳۹۲). عمده‌ترین مشکلات این دانش‌آموزان را در هنگام یادگیری، کمبود توجه و نقص ادراکی در خواندن ذکر می‌کنند. براین اساس ناتوانی‌های یادگیری به دو دسته‌ی اصلی تقسیم می‌شوند؛

۱- ناتوانی‌های یادگیری تحولی و

۲- ناتوانی‌های یادگیری تحصیلی

ناتوانی‌های یادگیری تحصیلی خود به سه نوع تقسیم می‌شوند: ناتوانی یادگیری ریاضیات، ناتوانی یادگیری خواندن، ناتوانی یادگیری نوشتن (نارسانویسی) و املانویسی (شهنی ییلاق، کرمی و شکرکن، ۱۳۸۳). مطالعات شیوع شناسی و همه‌گیرشناسی اختلال یادگیری در جمعیت‌های عمومی و نمونه‌های کلینیکی نشان می‌دهد که ADHD به طور همزمان با اختلال یادگیری اتفاق می‌افتد. پژوهش‌های گوناگون وجود مشکلات توجه را در درصد بزرگی از کودکان ناتوان در یادگیری مورد تأکید قرار داده‌اند (کارول^۱، ۲۰۰۰). قابل قبول‌ترین برآورد، رقم ۳۳ درصد است، بدین معنی که حداقل ۳۳ درصد از دانش‌آموزان ناتوان در یادگیری مشکل و نقص در توجه دارند. نشانه‌های مشابه بین اختلال نقص توجه و اختلال یادگیری شامل مشکلات ADHD، تحمل ناکامی در پایین‌ترین سطح، عزت نفس پایین، انجام رفتارهای خطرناک و ضد اجتماعی، اختلال در مهارت‌های اجتماعی، ضعف در پیشرفت تحصیلی و افزایش احتمال ترک تحصیل می‌باشد (شایویتز^۲، ۱۹۹۱) اما ارزیابی‌های دیگر این رقم را ۳۰ درصد برآورد کرده‌اند (سیدمن والرا و مارکیس، ۲۰۰۵). لازم به ذکر است که مشکل ADHD به نظر نمی‌رسد با توجه به هم‌بودی بسیار بالا، به طور کامل تنها علت اصلی ناتوانی یادگیری باشد، بلکه ممکن است ناتوانی در یادگیری زمینه را برای بی‌توجهی فراهم سازد. بنابراین نشانه‌های مشترک اختلال یادگیری و ADHD شامل مشکلات توجه و بیش‌فعالی، تحمل کم در برابر ناکامی، عزت نفس پایین، روحیه‌ی ضعیف، ضعف در مهارت‌های اجتماعی، پیشرفت تحصیلی کم، افزایش ترک تحصیل و

1 . Carroll
2 . Shaywitz

ارتقای شغلی ناچیز در هر دو گروه دیده می‌شود (فستراتوپولو^۱، ۲۰۱۲؛ به نقل از نوری‌زاده، میکایلی منیع، رستمی و صادقی، ۱۳۹۱). اختلال یادگیری به عنوان یک اختلال پردازش زبان تشخیص داده شده که به وسیله‌ی عملکرد مغز به وجود آمده است. یکی از پیامدهای ناکارآمدی مغز شیوه‌ای است که افراد مبتلا به اختلال یادگیری اطلاعات را کسب و پردازش می‌کنند که از عملکرد عادی و قابل انتظار برای کودک یا بزرگ‌سالی که می‌تواند بدون مشکل جدی یاد بگیرد، متفاوت است. اختلال یادگیری ممکن است در حوزه‌های شناسایی کلمه، ادراک خواندن، حساب کردن، استدلال کردن، هجی کردن و یا کلمه‌بندی نوشتن به وجود آید (راورکی^۲، ۱۹۹۵). در مجموع اختلالات یادگیری نیز یکی از مشکلات دوران کودکی است و شایع‌ترین اختلال یادگیری، اختلال خواندن^۳ یا دیسلکسیا^۴ است. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال در خواندن، شواهدی را در مورد فقدان پیشرفت سلول‌های مغز نشان می‌دهند که در نواحی بینایی و شنوایی باعث گسترش مشکلات در خواندن می‌شود. این ناشی از وجود مشکلاتی در نورون‌هایی است که یک شبکه در مغز تشکیل داده‌اند و به نظر می‌رسد برای تغییرات زمانی تخصص یافته‌اند. مهم‌ترین علل اختلال خواندن عبارتند از (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰؛ وود و گرینکو، ۲۰۰۱)؛

- آموزش‌های نامطلوب خواندن

- مشکلات ادراک شنیداری

- مشکلات ادراک دیداری

- مشکلات مراحل زبان

برخی از کودکان مشکلات عدم توانایی در تمیز شنیداری صداها را دارند که این مشکل ممکن است در نتیجه عفونت گوش که فرد قبلاً به آن مبتلا شده، ایجاد شود. برخی دیگر از

1 . Fstratopoulou
2 . Raverky
3 . Reading Disabilities
4 . Dyslexic Disorder

کودکان ممکن است به صورت مادرزادی دچار ناتوانی باشند. گروه دیگر از کودکان دارای مشکلات تمیز بینایی هستند که ممکن است حروف و کلمات را به صورت واژگون بنویسند. مشکل آن‌ها در ارتباط حروف با یکدیگر است که مربوط به ذخیره‌ی ذهنی حافظه بلند مدت آن‌هاست. مشکلات که بچه‌هایی که اختلال در خواندن دارند ناشی از ضعف قدرت و عملکرد در مغز آن‌هاست. در این کودکان چشم‌ها و گوش‌ها به صورت عادی عمل می‌کنند. اما قدرت تمرکز برای سرعت تجسم در حافظه یا تلفظ قبل از این که آن‌ها به درجه بالاتری از عملکرد هوش برسند، پایین است. اختلال خواندن در چهارمین ویراست تجدید نظر شده طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به این صورت تعریف شده‌است: پیشرفت در زمینه خواندن بر پایه‌ی آزمون هنجار شده فردی با توجه به سن، هوش و آموزش متناسب با سن باید به صورت چشم‌گیری پایین تر از سطح مورد انتظار باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). اختلال خواندن یک اصطلاح وسیع برای تشریح معلولیت آموزشی است. این معلولیت موجب اختلال در روان‌خوانی و یا درک مطلب می‌شود. این ناتوانی، می‌تواند خود را به عنوان یک مشکل در رابطه با واج‌خوانی و رمزگشایی، برنامه‌نویسی املا، مهارت شنوایی، حافظه‌ی کوتاه مدت، و یا نامگذاری سریع آشکار کند. متیس و همکاران^۱ (۱۹۷۵) یافتند که کودکان اختلال خواندن یکی از سه نوع سندرم بالینی را نشان می‌دهند: اختلال زبانی، سندرم عدم هماهنگی حرکتی-نوشتاری و تولید، یا اختلال ادراکی-دیداری. میزان شیوع هر سندرم به ترتیب ۳۹ درصد، ۳۷ درصد و ۱۶ درصد است (وودکاک^۲، ۱۹۹۷). اختلال خواندن، در بین طبقات پایین جامعه مشکل خزنده و پنهانی است که به طور میانگین ۵۰ تا ۶۰ درصد از مبتلایان به آن، ترک تحصیل می‌کنند (هینشاو^۳، ۱۹۹۲).
نشانه‌های بالینی اختلال خواندن:

۱. گیجی در مورد این که راست دست است یا چپ دست

- 1 . Metis and et al
- 2 . Woodcock
- 3 . Itienshor

۲. اشکال در خواندن ساعت یا به یاد آوردن توالی‌ها

۳. فعالیت بیش از حد

۴. مشکلات زبانی (گفتاری)

۵. از دست رفتن هماهنگی اندام‌ها

۶. حافظه‌ی ضعیف

۷. از دست رفتن تعادل

۸. برعکس دیدن حروف یا اعداد

گیلر، پنینگتون و دیفرایس^۱ (۱۹۹۲) و یلکات (۲۰۰۰) نشان دادند که در هر دو جنس اختلال بیش‌فعالی توام با کمبود توجه از جمله اختلالات روان‌پزشکی است که با اختلال خواندن به طور معناداری از سایر اختلالات روانی بیشترین هم‌بودی را دارد و البته مطالعات گومز و سنسون (۱۹۹۶) نشان می‌دهد که رابطه این هم‌بودی در پسران بیشتر از دختران است. راتر و یول^۲ (۱۹۷۰)، علاوه بر اختلال بیش‌فعالی توام با کمبود توجه، رفتارهای ناهنجار در حیطه‌ی رفتارهای ضد اجتماعی و تخطی‌گری^۳ را در رده دوم این هم‌بودی ذکر می‌کنند. تشخیص اختلال خواندن با یک سری آزمایش‌های بینایی و حافظه، فضا و زمان و ارزیابی پزشکی و روان‌شناسی انجام می‌گیرد. کودکی که علائم اختلال خواندن دارد، می‌تواند به‌جای اختلال خواندن، در واقع مشکلات شنوایی و بینایی، مشکلات احساسی و یا مشکلات سیستم عصبی مرکزی داشته باشد. بیش از این که تشخیص اختلال خواندن رد شود، احتمال علل جسمی یا روانی باید رد شود. معمولاً کودکانی که مشکل خواندن دارند با مشکل در شکل‌گیری خودپنداره مثبت و رشد عزت نفس سالم مواجه هستند و به واسطه‌ی عدم رشد روانی عادی زمینه‌ی ابتلا به اختلالات روانی مانند؛ اضطراب فراگیر، افسردگی، رفتار تکانشگرانه اضطراب اجتماعی و سوءمصرف مواد را دارند

1 . Qilyer, Pennington & Defries

2 . Rutter & Yule

3. delinquent

(لیوینگستون^۱، ۱۹۹۰؛ یاتوین، ۲۰۰۰؛ مک‌نالتی، ۲۰۰۳). رحیمیان و صادقی (۱۳۸۵) نشان دادند این اختلال در پسران پایه‌ی دوم با ۱۰/۸ بیشترین شیوع را داشته، که تفاوت میان شیوع بین دختران و پسران معنادار بوده است. مداخله‌ی زودهنگام در درمان اختلال خواندن و کنترل عوارض روان‌شناختی ناشی از آن برای رشد سالم روانی دانش‌آموز مبتلا از اهمیت برخوردار است (ویلیام و مک‌جی، ۱۹۹۴؛ آرنولد، والش و گلدستون^۲، ۲۰۰۵). ارتباط اختلال خواندن با اختلال‌های هیجانی به وضوح مشخص شده است. برآورد شده است که حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد از کودکان مبتلا به اختلال خواندن تحولی دچار اختلال‌های هیجانی هستند. در میان این اختلال‌ها، اختلال خواندن توجه همراه با بیش‌فعالی، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و ناسازگاری اجتماعی از همه شایع‌تر است (باعزت، ۱۳۸۸) که البته دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خواندن، در مقایسه با دانش‌آموزان بدون اختلال خواندن سطوح بالاتری از اضطراب عمومی (مارگالیت و زاک^۳، ۱۹۸۴، رودریگز و روت، ۱۹۸۹) افسردگی (بین ۴۱ تا ۶۳ درصد) پرخاشگری (کورنوال و بادن^۴، ۱۹۹۲) و مشکلات در روابط میان‌فردی و شایستگی اجتماعی کمتر (برایان^۵، ۱۹۷۴؛ رابرتز و روبریک^۶، ۱۹۹۳) را تجربه می‌کنند، بنابراین، اغلب محققان به وجود اختلال‌های هیجانی، در کودکان دچار اختلال خواندن اشاره کرده‌اند. بسیاری از محققان، اختلال‌های هیجانی را پیامد مستقیم اختلال خواندن و ناکامی‌های ناشی از آن می‌دانند. لذا اختلال خواندن نقشی انکارناپذیر در پدید آمدن و تشدید اختلال‌های روانی دارد ولی تعیین پیامدهای مستقیم یا غیرمستقیم آن بسیار مشکل است. برای این کودکان، اختلال در خواندن عادی نوعی شکست است که بر حالت هیجانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و باعث پرخاشگری می‌شود (باعزت، ۱۳۸۸). بنابراین علائم اختلال‌های هیجانی می‌تواند میزان اختلال خواندن را شدت بخشد؛ از طرف دیگر علائم بالینی اختلال خواندن نیز

1. Livingstone
2. Arhold, Qoldson & Walsh
3. Margarit & Zak
4. Kornoval & Baden
5. Bryane
6. Roberts & Robic

می‌تواند بر میزان اختلال‌های هیجانی تأثیر گذارد (کورن وال و بادن، ۱۹۹۲، به نقل از باعزت، ۱۳۸۸). لذا رابطه‌ی متقابلی بین اختلال خواندن و اختلال‌های روان‌پزشکی وجود دارد، ولی هنوز ماهیت علیّ این رابطه مشخص نشده‌است. زیرا اکثر تحقیقات به بررسی رابطه‌ی اختلال خواندن و برخی از مؤلفه‌های اختلال‌های هیجانی (از جمله اضطراب و افسردگی) به‌طور جداگانه پرداخته‌اند و در نتیجه مشخص نکرده‌اند کدام یک از مؤلفه‌های اختلال‌های هیجانی می‌تواند به بهترین نحو اختلال خواندن را پیش‌بینی کند. لذا این پژوهش در صدد است که مشخص کند که کدام یک از مؤلفه‌های اختلال‌های روان‌پزشکی (اضطراب، افسردگی، بیش‌فعالی، نارسایی توجه و ...) به پیش‌بینی مناسب‌تر اختلال خواندن می‌پردازد.

روش

در قالب طرح غربال سلامت رفتاری دانش‌آموزان مدارس منطقه شرق تهران که توسط مراکز بیست‌گانه مشاوره و بهداشت روان دانشگاه شهید بهشتی انجام شد، از بین دانش‌آموزان مدارس پسرانه و دخترانه دوره‌ی راهنمایی افرادی که توسط ارزیابان بهداشت روان مدارس مرکز بهداشت شرق به عنوان دانش‌آموزان مشکوک به اختلال خواندن شناسایی شده و در نهایت توسط متخصصان روان‌پزشکی، روان‌شناسی بالینی و تربیتی نیز تشخیص ابتلا به اختلال خواندن آن‌ها را تأیید شد، ۲۰۰ نفر (دختر و پسر) به عنوان جمعیت بالینی (مشاهده اصلی) تحت مطالعه و ۲۰۰ فرد سالم (از جنسیت دختر و پسر) که توانایی خواندن معمولی داشتند و تشخیص اختلال خواندن را دریافت نکردند، در طیف سنی ۱۵ تا ۱۶ سال در قالب گروه گواه از کسانی که واجد شرایط ابتلا به اختلال خواندن نبودند، انتخاب و تحت مطالعه بالینی قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خواندن؛

- داشتن تشخیص اصلی و غالب اختلال خواندن

- طیف سنی ۱۵ تا ۱۶ سال

ملاک‌های خروج دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خواندن؛

- وجود هرگونه اختلال بارز دیگر در محور ۱ روان‌پزشکی یا نورولوژیکی بارزی که بتواند به عنوان تشخیص اصلی مشکل خواندن در این افراد را مطرح کند.
 - مصرف داروهای روان‌پزشکی ۴ تا ۶ ماه قبل از پژوهش.
 - دریافت روان‌درمانی و یا مشاوره حرفه‌ای و مداوم یک سال قبل از پژوهش.
- برای دستیابی به این هدف، ابتدا مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور، توسط روان‌شناس بالینی بر روی افراد اجرا شد. پس از این که تشخیص اولیه اختلال خواندن مشخص شد، ملاک‌های زیر مدنظر قرار گرفتند تا نمونه‌ی واجد شرایط انتخاب شود. این ملاک‌ها عبارت‌اند از:

۱. قبلاً هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی دریافت نکرده باشند.
 ۲. به اختلالات سایکوتیک (چه در زمان حال و چه در گذشته) مبتلا نباشند.
 ۳. چهارماه قبل از درمان داروهای روان‌پزشکی دریافت نکرده باشند.
- بنابراین کسانی برای این پژوهش انتخاب شدند که تشخیص اصلی آن‌ها اختلال خواندن بود. پس از این که نمونه لازم از جمعیت بالینی واجد شرایط انتخاب شد به طور کنترل شده به دو گروه تقسیم شدند.

- **مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته نسخه بالینی گر^۱ (SCID-CV):** اسکید در سال ۱۹۸۳ به عنوان ابزاری برای تشخیص اختلالات DSM-III-R تدوین شد. این مصاحبه ویژگی‌های منحصر به فردی داشت که در ابزارهای قبل از آن وجود نداشت. این ابزار به سادگی در روان‌پزشکی استفاده می‌شود و شامل یک بخش مروری است که بیمار می‌تواند به وجود آمدن دوره‌ی فعلی بیماری خود را توصیف کند. علاوه بر این SCID-CV شامل یک الگوی طراحی است که به پژوهشگر اجازه می‌دهد مجموعه‌ای از طبقات تشخیصی اساسی را که با مطالعه‌اش ارتباطی ندارد، کنار بگذارد (بختیاری و همکاران، ۱۳۷۹). SCID-CV شامل ۶ الگوی تشخیصی اختلالات

1. Clinician Version or (SCID DSM-IV)

محور I و محور II است. اگرچه این الگوها پشت سر هم بررسی می‌شوند اما متخصص بالینی می‌تواند ترتیب دیگری به آن‌ها بدهد یا الگوی خاصی را حذف کند. این الگوهای تشخیصی عبارت‌اند از: الگوی A (دوره خلقی)، الگوی B (نشانه‌های سایکوتیک)، الگوی C (اختلالات سایکوتیک)، الگوی D (اختلالات خلقی)، الگوی E (اختلالات ناشی از مواد) و الگوی F (اختلالات اضطرابی). علاوه بر این SCID-CV شامل الگوی تشخیصی اختلالات مزبور II نیز می‌باشد. SCID-CV برای اجرا در مورد بیماران روان‌پزشکی یا بیماران مبتلا به بیماری‌های طبی کاربرد دارد. مناسب‌ترین سن برای اجرای آن ۱۸ سالگی است، اما با تغییرات جزئی برای نوجوان نیز کاربرد دارد. برای فهم آن تحصیلاتی در حدود ۸ کلاس لازم است و افراد مبتلا به اختلالات شدید شناختی یا دارای نشانه‌های شدید سایکوتیک را نمی‌توان با این مصاحبه ارزیابی کرد (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴). مصاحبه بالینی ساختاریافته، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست^۱ اسپیتزر^۲، گیبون^۳ و ویلیامز^۴ (به نقل از سگال^۵، ۱۹۹۷) تهیه شده است. تران^۶ و هاگا^۷ (۲۰۰۲) به نقل از تران و اسمیت^۸ (۲۰۰۴) ضریب کاپای ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (۱۳۸۴) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۲۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی (کاپای مجموع بررسی کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵) به دست آمده نیز خوب بود. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که پایایی قابل قبول به دست آمده از نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای

1. First
2. Spitzer
3. Gibbon
4. Williams
5. Segal
6. Tran
7. Hagg
8. Smith

مطلوب آن می‌تواند به پژوهشگران و متخصصان بالینی اطمینان دهد که آن را به کار گیرند. در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹ به نقل از محمد، ۱۳۸۷) نیز روایی این ابزار به وسیله متخصصین روان‌شناسی بالینی بررسی و تأیید شد و با استفاده از روش بازآزمایی در فاصله یک هفته پایانی برابر ۰/۹۵ به دست آمد.

مصاحبه نیمه ساختاریافته و تکمیل پرسش‌نامه علایم مرضی کودکان (CSI-4):^۱

یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است. که توسط اسپیرافکین و گادو به منظور غربال اختلال‌های رفتاری و هیجانی کودکان سنین ۵ تا ۱۲ سال طراحی شده است. پرسش‌نامه علایم مرضی کودک دارای ویژگی‌هایی همچون سادگی اجرا و سهولت فهم است. فرم والدین این پرسش‌نامه دارای ۹۷ سؤال است که به منظور شناسایی دانش‌آموزانی که در دو گروه عادی و مبتلا به اختلال خواندن طبقه‌بندی شده است و فرم تخصصی آن ۷۷ سؤال دارد، که بر اساس DSM-IV-TR از نظر قرار گرفتن در طبقات اختلال‌های روان‌پزشکی هم‌بود غربال شده‌اند (گادو و اسپیرافکین، ۱۹۹۴). پایایی این پرسش‌نامه توسط علیپور و محمداسماعی (۱۳۸۰) به روش اجرای مجدد تست، برای اختلال کاستی توجه بیش‌فعالی اختلال، کاستی توجه بیش‌فعالی، نوع غالب اختلال تکانشگری، اختلال لجبازی، نافرمانی به دست آمد. همچنین روایی این آزمون توسط روان‌پزشک ۰/۷۶ و برای هر یک از سؤال‌ها مورد داوری قرار گرفت، نتایج بررسی اظهار نظر و داوری متخصصان در مورد این تست نشان داد که روایی محتوایی آن مورد تأیید است.

آزمون اختلال خواندن: برای تشخیص دانش‌آموزان دچار اختلال خواندن از آزمون

اختلال خواندن که نصف و همکاران (۱۳۸۰) آن را ساخته و هنجاریابی کرده‌اند، استفاده شد. بر مبنای این آزمون، سه خصوصیت عمده بالینی یعنی اشتباهات خواندن (از قبیل حذف، افزودن، جابه‌جایی، جایگزینی و وارونه خوانی)، سرعت خواندن و درک مطلب دانش‌آموزان نارساخوان مورد سنجش قرار گرفت. بر مبنای این آزمون، به ازای هر نوع خطا یک نمره به آزمودنی تعلق

1 . Child Symptom Inventory

گرفته و مجموع نمرات وی در خطاها به عنوان خطای کلی آزمودنی در نظر گرفته می‌شد. به ازای هر پاسخ به سؤال‌های درک مطلب نیز یک نمره به آزمودنی تعلق می‌گرفت. در نهایت، میزان مدتی که آزمودنی از شروع تا پایان متن خواندن (بر حسب ثانیه) صرف می‌کرد، شاخص سرعت خواندن محسوب گردید. ضرایب اعتبار خواندن در پایه‌ی سوم ۰/۵۶، در پایه‌ی چهارم ۰/۶۱ و در پایه‌ی پنجم ۰/۶۸ به دست آمده است (نصفت و همکاران، ۱۳۸۰؛ باعزت، ۱۳۸۸).

آزمون اختلال‌های هیجانی راتر: برای ارزیابی اختلال‌های هیجانی همراه در دانش‌آموزان دچار اختلال خواندن از پرسش‌نامه رفتاری راتر استفاده شد. این آزمون به منظور اندازه‌گیری اختلال‌های هیجانی همراه در دانش‌آموزان دچار اختلال خواندن به کار می‌رود و مؤلفه‌های نارسایی توجه، بیش‌فعالی-پرخاشگری، اضطراب-افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و رفتار ضد اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. پایایی این آزمون (مه‌ریار، ۱۳۷۳) با به‌کاربردن روش بازآزمایی، ۰/۵۸ گزارش است.

روش اجرا: در نهایت پس از این که به واسطه انتساب تصادفی، نمونه‌ی واجد شرایط براساس فرمول تعیین حجم نمونه کوکران بر اساس حجم جامعه-میزان اپیدمولوژی ۴۰۰ نفر انتخاب شدند و به طور کنترل شده به دو گروه مبتلا به اختلال خواندن دختر و پسر از نظر مهارت خواندن تقسیم شدند و کار ارزشیابی روان‌پزشکی به کمک تیم ارزشیابان مشتمل بر روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی به مدت ۱ سال و دو نوبت ملاحظه‌ی بالینی بر روی دو گروه صورت پذیرفت و نتایج به صورت کیفی و با ابزار آمار توصیفی جمع‌بندی و گزارش شد.

نتایج

با استفاده از روش‌های مختلف آمار توصیفی و آمار استنباطی و به کمک نرم‌افزار آماری به تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی حاصل از چک‌لیست مشاهده بالینی‌گر پرداخته شد.

۱. اختلالات روان‌پزشکی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خواندن هم‌بودی بالاتری دارند.

۲. نیم‌رخ جنسیتی اختلالات روان‌پزشکی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خواندن متفاوت است.

جدول ۱. مقایسه هم‌بودی اختلالات روان‌پزشکی در دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلال خواندن

اختلالات محور I DSM-IV-TR	دانش‌آموزان مبتلا به اختلال خواندن (n=100)	دانش‌آموزان بدون اختلال خواندن (n=100)
اختلال افسردگی حاد	٪۹/۳	٪۲/۸
افسردگی مزمن (افسرده‌خویی)	***٪۱۳/۵	٪۴
اختلال اضطراب فراگیر	٪۸/۳	٪۳/۶
اختلال اضطراب اجتماعی	***٪۱۵/۴	٪۴/۸
اختلال فوبیای خاص	*****٪۱۱/۲	٪۴/۲
اختلال سلوک	***٪۱۳/۱	٪۵/۶
اختلال بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه	*٪۳۴/۷	٪۹/۳
اختلال سوء مصرف مواد (مخدر-محرک)	٪۷/۳	٪۲/۴
مصرف سیگار	٪۱۱/۴	٪۳/۹
اختلال وسواسی-جبری	*****٪۱۱/۸	٪۴/۵
مصرف مشروبات الکلی به‌طور خاص	٪۶/۹	٪۲/۳
اختلال خوردن	٪۷/۶	٪۲/۷
استرس پس از سانحه	٪۸/۱	٪۲
اختلالات شخصیت (محور DSM-IV-TR II)	ارزشیابی نشد	ارزشیابی نشد

براساس ملاحظات جدول ۱ اختلال بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه با ۳۴/۷ درصد رتبه اول، اختلال اضطراب اجتماعی با ۱۵/۴ درصد رتبه دوم، افسردگی مزمن با ۱۳/۵ درصد رتبه سوم،

اختلال سلوک با ۱۳/۵ درصد رتبه چهارم، اختلال وسواسی-جبری با ۱۱/۶ درصد رتبه پنجم و اختلال فویبای خاص ۱۱/۲ درصد رتبه ششم بیشترین میزان هم‌بودی را با اختلال خواندن داشتند. نکته قابل توجه میزان ۳۴/۷ درصد هم‌بودی اختلال بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه (ADHD) بود که به طور معناداری از سایر اختلالات روانی هم‌بودی بیشتری با اختلال خواندن داشت و با یافته‌های ویلکات و پنینگتون (۲۰۰۰)، از نظر برجستگی اختلال بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه هم‌خوان بود، که نکته قابل توجه وجود اختلال اضطراب اجتماعی بالاتر و افسردگی مزمن بیشتر در نوجوانان دچار اختلال خواندن بود، که می‌تواند به جنبه‌های نوروپسیک اجتماعی این اختلال اشاره داشته باشد. البته در پژوهش‌های طولی بسیار کنترل شده در مطالعات خارجی حداکثر میزان ADHD رقم ۳۳ درصد بود، که ۱/۷ درصد در پژوهش حاضر تفاوت با یافته‌های آن‌ها ملاحظه می‌شود.

براساس ملاحظات جدول ۲ اختلال بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه با ۲۶/۲ درصد، اختلال خوردن با ۱۶/۶ درصد، اختلال وسواسی-جبری با ۱۴/۷ درصد، اختلال فویبای خاص با ۱۴/۲ درصد، اختلال اضطراب فراگیر با ۱۱/۵ درصد و افسردگی مزمن با ۱۰/۸ درصد بیشترین میزان هم‌بودی را با اختلال خواندن داشتند.

نکته‌ی قابل توجه میزان ۲۶/۲ درصد هم‌بودی اختلال بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه در دختران بود که به طور معناداری از سایر اختلالات روانی هم‌بودی بیشتری با اختلال خواندن داشت و با یافته‌های ویلکات و پنینگتون (۲۰۰۰)، از نظر برجستگی اختلال بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه هم‌خوان بود، نکته قابل توجه وجود اختلال خوردن با ۱۶/۶ درصد در رتبه‌ی دوم، اختلال وسواسی-جبری با ۱۴/۷ درصد در رتبه‌ی سوم، اختلال فویبای خاص با ۱۴/۲ درصد در رتبه‌ی چهارم، اختلال اضطراب فراگیر با ۱۱/۵ درصد در رتبه‌ی پنجم و افسردگی مزمن با ۱۰/۸ درصد در رتبه‌ی ششم در نوجوانان دختر دچار اختلال خواندن اشاره نمود، که می‌تواند به جنبه‌های افتراقی این اختلاف معنادار هم‌بودی در این دو جنس اشاره داشته باشد.

مقایسه‌ی نیم‌رخ جنسیتی اختلالات روان‌پزشکی هم‌بود با اختلال خواندن

جدول ۲. مقایسه‌ی هم‌بودی اختلالات روان‌پزشکی در دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال خواندن

اختلالات محور I DSM-IV-TR	دانش‌آموزان مبتلاء به اختلال خواندن (n=100)	دانش‌آموزان بدون اختلال خواندن (n=100)
اختلال افسردگی حاد	٪۶/۷	٪۳/۸
افسردگی مزمن (افسرده‌خوبی)	٪۱۰/۸ ****	٪۴/۴
اختلال اضطراب فراگیر	٪۱۱/۵ ****	٪۶/۵
اختلال اضطراب اجتماعی	٪۹/۱	٪۵/۲
اختلال فوبیای خاص	٪۱۴/۲ ****	٪۸/۹
اختلال سلوک	٪۹	٪۵/۱
اختلال بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه	٪۲۶/۲ *	٪۷/۸
اختلال سوء مصرف مواد (مخدر-محرک)	٪۱/۸	٪۰/۶
مصرف سیگار	٪۳/۲	٪۱
اختلال وسواسی-جبری	٪۱۴/۷ ****	٪۸/۶
مصرف مشروبات الکلی به‌طور خاص	٪۲/۴	٪۰/۸
اختلال خوردن	٪۱۶/۱ **	٪۹/۳
استرس پس از سانحه	٪۵/۸	٪۱/۳

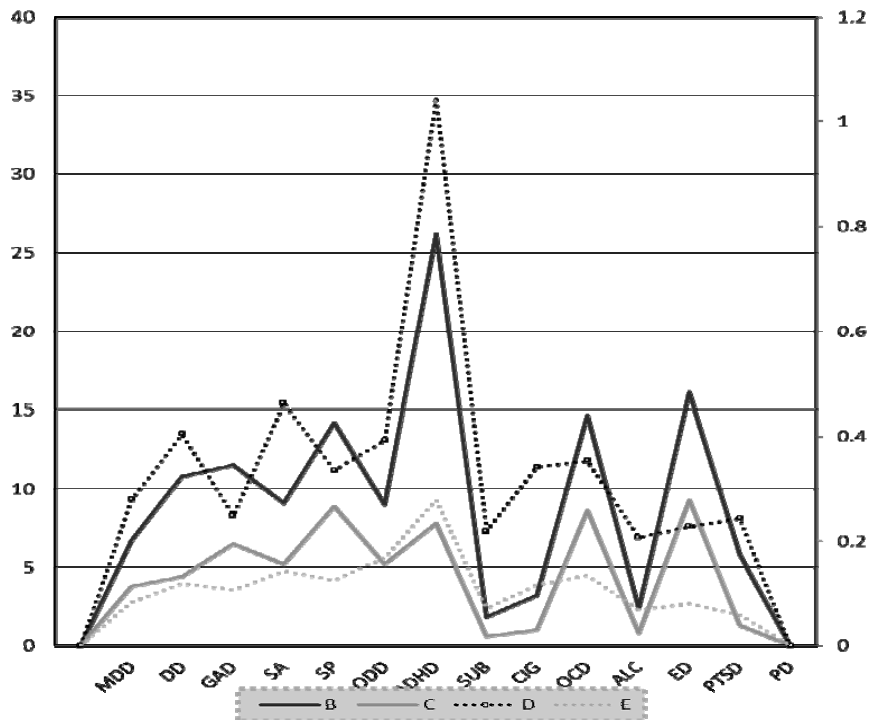
اختلالات شخصیت (محور DSM-IV-TR II)	ارزشیابی نشد	ارزشیابی نشد
---------------------------------------	--------------	--------------

بیماران مبتلا به اختلال خواندن با توجه به ماهیت خزنده و خاموش خود به خاطر این که در کنار سایر کارکردهای آموزشی نسبتاً معمول بیمار، از دیدرس توجه درمانی درمانگران، معلم و یا خانواده‌هایشان پنهان می‌ماند و در مناطق محروم و مدارس پرجمعیت با کم توجهی دچار ازمان^۱ می‌شوند (استرنبرگ و گری گورینکو، ۲۰۰۰) و دانش‌آموز سال‌ها از روند درمانی به‌هنگام دور

1. chronic

می‌ماند، در ضمن یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد الگوی جنسیتی در این دو گروه هم‌بودی و شدت متفاوتی دارد.

بر طبق شکل ۱ نیم‌رخ اختلالات روان‌پزشکی هم‌بود با اختلال خواندن ترسیم شده است که اختلال بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه با $34/7$ درصد رتبه‌ی اول، اختلال اضطراب اجتماعی با $15/4$ درصد رتبه‌ی دوم، افسردگی مزمن با $13/5$ درصد رتبه‌ی سوم، اختلال سلوک با $13/5$ درصد رتبه‌ی چهارم، اختلال وسواسی-جبری با $11/6$ درصد رتبه‌ی پنجم و اختلال فویبای خاص $11/2$ درصد رتبه‌ی ششم بیشترین میزان هم‌بودی را با اختلال خواندن را در پسران داشتند و در نوجوانان دختر از نظر برجستگی اختلال بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه هم‌خوان بود، نکته قابل توجه وجود اختلال خوردن با $16/6$ درصد در رتبه‌ی دوم، اختلال وسواسی-جبری با $14/7$ در رتبه‌ی سوم، اختلال فویبای خاص با $14/2$ در رتبه‌ی چهارم، اختلال اضطراب فراگیر با $11/5$ درصد در رتبه‌ی پنجم و افسردگی مزمن با $10/8$ درصد در رتبه‌ی ششم که نیم‌رخ افتراقی آن در شکل زیر ملاحظه می‌شود.



شکل ۱. نیم‌رخ اختلالات روان‌پزشکی هم‌بود با اختلال خواندن و جمعیت سالم از نظر اختلال خواندن
B; Dyslexic female/C; Non-Dyslexic female/D; Dyslexic male/E; Non-Dyslexic male
 MDD: Major depression ,DD: Dysthymic disorder, GAD: Generalized anxiety, SA: Social anxiety, SP: Specific phobia, ODD: Oppositional defiant, ADHD: attention deficit hyperactivity, SUB: Substance Abuse, SIG: cigarette use, OCD: Obsessive compulsive disorder, ALC: Alcohol Abuse, ED: Eating disorder, PTSD: Posttraumatic stress , PD: personality disorder

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر با تمرکز پژوهشی بر روی جنبه‌های افتراقی نیم‌رخ جنسیتی اختلالات روان‌پزشکی هم‌بود با اختلال خواندن در دانش‌آموزان راهنمایی شرق تهران صورت پذیرفت. نتایج این تحقیق نشان دهد که برخی اختلالات مانند: بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه به‌طور معناداری نسبت به اختلالات دیگر در هر دو جنس نسبت بر هر اختلال روان‌پزشکی دیگری

شایع‌تر است. برخی از پژوهشگران مانند: گریگورینکو، وود، میر و پل (۲۰۰۰) نیز در یافته‌های خود به بنیان‌های شناختی آسیب‌دیده در ساختار توجه و ادراک اطلاعات در افراد دچار اختلال خواندن اشاره داشته‌اند. به هر حال شاید بتوان نتیجه گرفت که اختلال بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه با این نرخ هم‌بود بالا نقشی فراتر از یک وضعیت معلول یا منتج از وضعیت اختلال خواندن پیدا می‌کند و بیش از سایر اختلالات روان‌پزشکی هم‌بود، احتمالاً یک نقش زمینه‌ساز قوی را ایفا می‌کند، در حالی که اختلالاتی مانند مشکلات خلقی و خوردن بیشتر یک وضعیت معلول را در کنار اختلال خواندن دارند و احتمالاً خود نتوانند یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی برای ایجاد اختلال خواندن در دانش‌آموزان باشند و بلکه تحقیر، ضعف اعتماد به نفس، تولید طحوازه‌های ناسازگار اولیه‌ای که با مزمن شدن اختلال خواندن تولید می‌شود، صفت‌ها و ژنوتیپ این اختلالات روان‌پزشکی را با ایجاد خلقی منفی، علایم کج خلقی، تحریک پذیری و ... فعال می‌سازد. البته تحقیق‌های کیفی اندکی بر روی همبسته‌های روان‌پزشکی اختلال خواندن صورت گرفته اما با توجه به داده‌های طولی این تحقیق کیفی بتوان پیشنهاد داد که تمرکز و توجه خط اول درمان روان‌پزشکی و رفتاری با تمرکز ویژه بر کنترل و کاهش علایم اختلال بیش‌فعالی توأم با کمبود توجه، می‌تواند به عوامل دست‌اول زمینه‌ساز اختلال خوردن نزدیک‌تر شود و از این طریق به کارآیی و اثربخشی درمان‌های ویژه این اختلال افزود. الگوی نیم‌رخ جنسیتی ملاحظه شده نشان می‌دهد واکنش‌های روان‌شناختی و الگوهای ناسازگار رفتارهای مقابله‌ای در دختران و پسران تفاوت‌های معناداری دارد و پس از اختلال ADHD هم‌بودهای روان‌پزشکی با نرخ‌های متمایزی از هم بروز می‌کند که در پژوهش‌های بعدی به شکل دقیق‌تری باید مورد ارزیابی بالینی قرار گیرد. نیاز به پژوهش‌های متعدد جهت تحکیم روایی و اعتبار درونی-بیرونی و تکرارپذیری تجربی مطالعه، سختی در مفهوم‌سازی بالینی اختلال خواندن، پژوهش‌های اندک و پراکنده در این زمینه از جمله مشکلات اجرایی بود که کار تعمیم‌پذیری نتایج حاصل را می‌کاهد و نتایج بالینی

استخراج شده را با توجه به نظر و شاخص‌های نظری سیدمن^۱ دچار ضعف در تکرارپذیری می‌کند (به نقل از بارکر^۲، پیسترانگ^۳ و الیوت^۴، ۱۹۹۴).

در هر صورت برخی از نتایج حاصل از مطالعه‌ی بالینی به ویژگی‌های پژوهشگر (چگونگی به کارگیری دستورالعمل‌های مطالعاتی و توانایی او برای ضابطه‌بندی مشکل) بستگی دارد. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود از چند پژوهشگر متخصص به طور جداگانه استفاده شود یا مقیاس‌های عینی برای سنجش برخی از این متغیرها قبل از درمان به کار گرفته شود. با توجه به عقیده سیدمن^۵ (به نقل از بارکر^۶، پیسترانگ^۷ و الیوت^۸، ۱۹۹۴) پیشنهاد می‌شود این پژوهش به سه صورت تکرار شود:

- تکرار کامل^۹ (اجرای دوباره‌ی پژوهش توسط همین پژوهشگر).
- تکرار حقیقی^{۱۰} (اجرای دوباره‌ی همین پژوهش توسط دیگران با همین مقیاس‌های سنجشی).
- تکرار نظام مند^{۱۱} (اجرای همین پژوهش در جمعیت دیگر و با سایر مقیاس‌های سنجشی).

منابع

انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ترجمه‌ی هامایک آوادیس یانس و محمدرضا نیکخو (۱۳۸۹)، چاپ پنجم، تهران، انتشارات سخن.

1. Sidman
2. Barker
3. Pictrang
4. Elliot
5. Sidman
6. Barker
7. Pictrang
8. Elliot
9. litral
10. Operational
11. systematic

اصلی پور، عادل؛ کافی، موسی؛ خسروجاوید، مهناز و فخری، محمد کاظم (۱۳۹۲). مقایسه‌ی ویژگی‌های روان‌شناختی دانش‌آموزان پرورش‌گاهی و ساکن در خانواده براساس آزمون اندریافت کودکان، فصل‌نامه‌ی روان‌شناسی مدرسه، ۲(۱)، ۲۲-۶.

آریاپوران، سعید؛ عزیز، فرامرز و دنیاروند، حسن (۱۳۹۲)، رابطه‌ی سبک مدیریت کلاس معلمان با انگیزش و پیشرفت ریاضی دانش‌آموزان پنجم ابتدایی. فصل‌نامه‌ی روان‌شناسی مدرسه، ۲(۱)، ۴۱-۲۲. باعزت، فرشته (۱۳۸۷). تعیین عوامل اختلال‌های هیجانی مؤثر بر نارساخوانی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی. *مجله‌ی پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی*، ۸(۴)، ۳۵-۳۰.

باعزت، فرشته؛ ایزدی‌فرد، راضیه؛ پیوسته‌گر، مهرانگیز (۱۳۸۸). مقایسه سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال رفتاری، نارساخوان و عادی. *مجله‌ی علوم رفتاری*، ۳(۳)، ۴۱-۳۵.

بشرپور، سجاده؛ عیسی‌زادگان، علی و علیزاده، حسین (۱۳۹۲)، عوامل فشارزای دانش‌آموزان دوره‌ی متوسطه‌ی شهر اردبیل و برخی متغیرهای مربوطه. فصل‌نامه‌ی روان‌شناسی مدرسه، ۲(۱)، ۶۱-۴۱. رحیمیان بوگر، اسحق و صادقی، احمد (۱۳۸۵). شیوع اختلال خواندن در دانش‌آموزان دبستانی. *فصل‌نامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۲(۴)، ۶۵-۵۵.

شهنی ییلاق، منیجه؛ کرمی، جهانگیر و شکرکن، حسین (۱۳۸۳). بررسی همه‌گیرشناسی ناتوانی یادگیری املا در دانش‌آموزان دختر ابتدایی شهر اهواز و اثر درمان چند حسی در کاهش ناتوانی یادگیری املا در آنان. *مجله‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی شهید چمران اهواز*، ۳(۹)، ۱۴۴-۱۲۹.

عزیزیان، مرضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۸۲). ساخت و هنجاریابی آزمون تشخیصی سطح خواندن برای پایه‌ی سوم ابتدایی شهر اصفهان. شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان. نصف، مرتضی، (۱۳۸۰). آزمون تشخیصی اختلال خواندن. تهران، گزارش نهایی طرح پژوهشی دانشگاه تهران.

نوری زاده، نرگس؛ میکاییلی منیع، فرزانه؛ رستمی، رضا و صادقی، وحید (۱۳۹۱). اثربخشی نوروفیدبک بر اختلال یادگیری همراه با اختلاف نقص توجه/بیش‌فعالی. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۲(۲)، ۱۱۲-۱۰۱.

American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. (Washington DC: American Psychiatric Association).

- Arnold E, Goldston D, Walsh A et al. (2005), *Severity of emotional and behavioral problems among poor and typical readers*. J Abnorm Child Psychol 33:205Y217.
- Beitchman J, Wilson B, Douglas L, Young A, Adlaf E (2001a), *Substance use disorders in young adults with and without LD: predictive and concurrent relationships*. J Learn Disabil 34:317Y332.
- Beitchman J, Wilson B, Johnson C et al. (2001b), *Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: psychiatric outcome*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40, 75Y82.
- Biederman J, Faraone S, Milberger S et al. (1996), *A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders* Arch Gen Psychiatry 53,437Y446.
- Biederman J, Mick E, Faraone S (2000), *Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type*. Am J Psychiatry 157,816Y818.
- Bird H, Gould M, Steghezza B (1993), *Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32:361Y368.
- Carroll J, Maughan B, Goodman R, Meltzer H (2005), *Literacy difficulties and psychiatric disorders: evidence for comorbidity*. J Child Psychol Psychiatry 46,524Y532.
- Carroll, J., Maughan, B., & Goodman, R. (2005). *Literacy difficulties and psychiatric disorders: Evidence for comorbidity*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46(4), 524–532.
- Duffy A, Alda M, Kutcher S et al. (2002), *A prospective study of the offspring of bipolar parents responsive and nonresponsive to lithium treatment*. Journal of Clinical Psychiatry 63:1171Y1178.
- Efstratopoulou, M., Janssen, R., & Simons, J.(2012). *Differentiating children with Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder, Conduct Disorder, Learning Disabilities and Autistic Spectrum Disorders by means of their motor behavior characteristics*. Research in Developmental Disabilities, 33(9), 193- 204.
- Esposito C, Clum G (2002), *Psychiatric symptoms and their relationship to suicidal ideation in a high-risk adolescent community sample*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 41:44Y51.
- Gilger, J. W., Pennington, B. F., & DeFries, J. C. (1992). A twin study of the etiology of comorbidity: Attention deficit/hyperactivity disorder and dyslexia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 343-348.
- Gomez, R., & Sanson, A. V. (1994). *Mother±child interactions and noncompliance in hyperactive boys with and without conduct problems*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35, 447±490.
- Grigorenko E, Wood F, Meyer M, Pauls D (2000), *The chromosome 6p influences on different dyslexia-related cognitive processes: further confirmation*. Am J Hum Genet 66,715Y723.

- Hinshaw S (1992), *Externalizing behavioral problems and academic underachievement in childhood and adolescents: causal relationships and underlying mechanisms*. Psychol Bull 111:127Y155.
- Liang K, Zeger S (1986), *Longitudinal data analysis using generalized linear models*. Biometrika 73,13Y22.
- Livingston R (1990), Psychiatric comorbidity with reading disability: a clinical study. In: *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, Vol .Gadow K, ed. Greenwich, CT: JAI Press, pp 143Y155.
- Maughan B (1995), *Annotation: long-term outcomes of developmental reading problems*. Journal of Child Psychol Psychiatry 36:357-371.
- McNulty M (2003), *Dyslexia and the life course*. J Learn Disabil 36 :363Y381 Orvaschel H, Puig-Antich J (1994), *The Kiddie-SADS-E*, 5th revision. Ft.
- Rutter, M., & Yule, W. (1970). Reading retardation and antisocial behavior: The nature of the association. In M. Rutter, J. Tizard, & K. Whitmore (Eds.), *Education health and behavior* (pp. 240±255). London: Longmans.
- Seidman, L., Valera, E., & Makris, N. (2005). *Structural Brain Imaging of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Biol psychiatry*, 57(5), 1263–1272.
- Shaywitz, S., Shaywitz, B., & Epstein, M. (1991). *The boundaries of attention deficit disorder*. *Journal of Learning Disabilities*, 24(7), 78–87.
- Sternberg R, Grigorenko E (2002), *Difference scores in the identification of children with learning disabilities: it's time to use a different method*. J Sch Psychol 40:65Y83.
- Willcutt E, Pennington B (2000a), *Comorbidity of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: differences by gender and subtype*. J Learn Disabil 33,179Y191.
- Willcutt E, Pennington B (2000b), *Psychiatric comorbidity in children and adolescents with reading disability*. J Child Psychol Psychiatry 41,1039Y1048.
- Willcutt, E. G., Pennington, B. F., & DeFries, J. C. (2000). A twin study of comorbidity between attention-deficit hyperactivity disorder and reading disability. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, 96, 293±301.
- Williams S, McGee R. (1994), *Reading attainment and juvenile delinquency*. J Child Psychol Psychiatry 35,441Y459.
- Wood F, Grigorenko E (2001), *Emerging issues in the genetics of dyslexia: a methodological preview*. J Learn Disabil 34,503Y511.
- Woodcock R, Johnson M (1990), *Woodcock-Johnson Psychoeducational Battery-Revised*. Allen, TX: DLM Teaching Resources.

A comparison of gender profile of psychiatric disorders comorbidity in dyslexic disorder (a qualitative study)

M. Hatami¹, A. Ahmadian² & H. Hassan Abadi³

Abstract

Learning disability is a common problem in education achievement and the most common learning disability is dyslexic disorder. The evidence indicated the influence of Gender Profile differences in Psychiatric Disorders Comorbidity in males and females Middle School Students. To assessm psychiatric comorbidity of comparative study was performed in Gender Profile Male amd Female adolescents with and without Dyslexic in Middle School Student in East region of Teheran. Participants included 400 Middle School Student (200 females and 200 males) The sample consisted of 400 adolescents, 200 with Dyslexic diagnosis and 200 with typical reading skills and abilities, screened from a larger sample in the public schools at age range of 15-16 years old who were selected by cluster sampling method from different school of East region of Teheran. All participants observed Dyslexic Scale, Psychiatric disorders checklist and other Psychiatric Questionnaire. There was significant difference between females and males in Gender Profile in Psychiatric Disorders comorbidity but both gender, obtained higher scores in ADHD. Psychiatric disorders in children with reading disorder have a higher comorbidity and gender profiles of psychiatric disorders in this children with reading disorder is different. The adolescent boys Disorder of ADHD; 34.7%, social anxiety; 15.4%, chronic depression; 13.5%, Conduct disorder; 13.5%, OCD; 11.6% and phobias1; 1.2% respectively rates of comorbidity with reading disorder, and adolescent girls in terms of prominence disorders ADHD, eating; 16.6%, OCD; 14.7%, specific phobia; 14.2%, generalized anxiety; 11.5%, and chronic depression; 10.8%, respectively, had the highest comorbidity.

Keywords: dyslexic, psychiatric disorder, comorbidity, Gender Profile

1 . Corresponding author: Assistant professor of clinical psychology Kharazmi University (hatami513@gmail.com)

2 . ph. D. Student Kharazmi University

3 . Assistant Professor of Psychology Kharazmi University