

Epidemiology of Disruptive Mood Dysregulation Disorder in the Middle School Students

Ali Ahmadian 

Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

Khodamorad Momeni *

Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

Jahangir Karami 

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran

Accepted: 25/06/2023

Abstract

The current study has aimed to investigate the prevalence of disruptive mood dysregulation disorder among the middle school students in kermanshah city. The design of this research is descriptive- survey. 584 students (282 boys and 302 girls) were selected by a multistage cluster sampling method and were assessed using the disruptive mood dysregulation disorder questionnaire. The data was analyzed by spss26 software using descriptive and inferential statistical methods including chi-square test. The results showed that the prevalence of disruptive mood dysregulation disorder in students in general is 11.13, in boys 13.82 and in girls 8.60. There was a significant difference between the mean score of disruptive mood dysregulation disorder and gender ($p=0.001$) and disruptive mood dysregulation disorder and students' education area ($p=0.024$). But there was no significant difference between disruptive mood dysregulation disorder and age and educational level. The results showed that the prevalence of disruptive mood dysregulation disorder in adolescent boys and girls of kermanshah city is high therefore, the necessity of preventive and therapeutic measures from the education of this province and also health decision makers is revealed.

Received: 01/03/2023

Keywords: Disruptive Mood Dysregulation Disorder, Students, Prevalence.

Introduction

Disruptive mood dysregulation disorder is usually observed in children and adolescents, and its main features are anger, aggression, chronic

ISSN: 2322/3189

eISSN: 2476-6410

* Corresponding Author: kh.momeni@razi.ac.ir

How to Cite: Ahmadian, A., Momeni, Kh., Karami, J. (2023). Epidemiology of Disruptive Mood Dysregulation Disorder in the Middle School Students, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 13(50), 195-222.

irritability, and severe mood outbursts (Boudjerida et al., 2022). Based on the prevalence rate of persistent and severe irritability, which is the main feature of this disorder, the 6-month to 1-year prevalence of destructive mood disorder in children and adolescents is probably 2-5% (APA, 2022). According to the results of various researches, the gender prevalence of this disorder is different and boys suffer from this disorder far more than girls (Coldevin et al., 2023; Tufan et al., 2015; Copeland et al., 2013). Also, according to DSM-5, most of the children who are brought to the clinic with the characteristics of DMDD are male, and in the population samples, there is a preponderance of boys, which is probably due to multiple biological, psychological, social, and cognitive factors. (APA, 2022).

These children and adolescents have problems in the field of severe mood outbursts (Sorter et al., 2022), emotion regulation (Pedrini et al., 2021), frustration intolerance (Lee et al., 2022), and executive function defects (Getzkap et al., 2015) that impose a lot of personal costs on the individual and his family and affect family life, peer relationships and the individual's performance at school (Lu, 2022). According to Sadok and Sadok (2015), epidemiology helps to understand the etiology, prevention, treatment, containment of the disease and the overall planning of mental health at the local and national levels, and checking the prevalence rate is the first step in this field. Therefore, the current research seeks to answer these questions: What is the prevalence of DMDD in the first year high school students of Kermanshah, and is there a difference in the prevalence of this disorder in male and female students?

Literature Review

In the research of Althoff et al. (2016) which was conducted on adolescents aged 13 to 18, the prevalence of this disorder was found to be 5.26 in adolescents, and it coexisted with disorders such as oppositional defiant disorder, mood disorders, anxiety, and attention deficit/hyperactivity disorder. In another study that examined the diagnostic and functional consequences of DMDD in adults, the lifetime prevalence of this disorder was 0.8 to 3.3, and the most common disorder that these people had at the same time was depression disorders. and anxiety (Copeland et al., 2013). Also, in another study, the prevalence of this disorder in children aged 6 to 12 years was widely

found to be 0.9, and in total, the most comorbid disorder that children with DMDD had was oppositional defiant disorder (Mayes et al., 2016).

Methodology

The design of this research is descriptive and contextual. The statistical population of this research included girl and boy students of the first secondary school of Kermanshah city, who were studying in the academic year of 1401-1402. The sampling method was a multi-stage cluster in which a sample of 612 people was selected, and after discarding the distorted questionnaires, 584 questionnaires were analyzed. This research was approved by the Ethics Committee of Razi University with the code of ethics IR.RAZI.REC.1402.006.

The tool used in this research was made by Boudjerida et al. for teenagers aged 12 to 15 and has 10 yes/no questions. The reliability of this questionnaire was obtained based on the Cronbach's alpha coefficient of 0.90 and the correlation coefficient of this questionnaire with the depression questionnaire of 0.31 and with borderline personality traits of 0.42, which shows the significance of this tool (Boudjerida et al., 2022). This questionnaire was translated and standardized for the first time in Iran by Ahmadian et al. (1402). In order to check the factor structure of the questionnaire, the exploratory factor analysis method was used in the method of principal components with varimax rotation, and the results showed that there are 10 items in the form of two factors to measure DMDD. The results of Pearson correlation analysis showed that the range of correlation coefficients of the components of destructive mood disorder and depression questionnaire is between 0.43 and 0.56, which indicates a positive and significant correlation between the components of disruptive mood dysregulation and depression. Also, the reliability of this questionnaire was obtained by Cronbach's alpha method for the subscale of anger and aggression 0.81, for irritability 0.80, and for the whole questionnaire 0.84 (Ahmadian et al., 1402).

Results

Table 1. Prevalence of dmdd in research subjects based on gender

gender	Prototype frequency	Prevalence rate	Percent
Boy	282	39	13/82
girl	302	26	8/60
Total	584	65	11/13

According to the results of Table 1, the rate of DMDD was 13.82% among boys, 8.60% among girls, and 11.13% in total.

Discussion

The results of this research showed that the prevalence disorder DMDD in the student population was 11.13%, which shows the prevalence of destructive mood disorder in Kermanshah compared to the researches of Mayes et al. (2016), Dougherty et al. 2014) and Tufan et al. (2015) are different and inconsistent.

Regarding the explanation of this finding, various reasons can be pointed out, such as the fact that the statistical population of these studies included children aged 6 to 12 and preschool age, and this age difference can be one of the possible reasons. In other words, the existence of differences in the results obtained in foreign studies may be due to the use of different tools for epidemiology, but in this study, for the first time in Iran, the DMDD questionnaire was used by Boudjerida et al. 2022) On the other hand, the difference in the type of tools used in these studies can be another reason for the higher prevalence rate in this study. Apart from that, it seems that other factors such as the definition of the disorder based on various classification systems, the level of experience and skill of the interviewer, the sample size, and the source of studies affect the prevalence of DMDD and it is possible that the estimation of its prevalence is different.


Examining the prevalence of the disorder according to gender also indicated the existence of a difference between boys and girls, and based on the results of this study, the prevalence of this disorder in male and female students was 13.82 and 8.60, respectively. The results of this study with the findings of the DSM-5 (2013), Coldevin et al. (2023), Wiggins et al., (2021) and Copeland et al (2013) are consistent with the fact that destructive mood disorder is more common in boys. In the explanation of this finding, it can be stated that in line with the


results of DSM-5, most of the children and adolescents who are brought to the clinic with the characteristics of DMDD are male, and in the population samples, there is a predominance with boys (APA, 2022). The evidence shows that the high prevalence of behavioral disorders in boys is primarily related to their gender roles. In addition, boys are not limited in social communication and genetic factors and... are among the factors that can be the reason for the higher prevalence of these disorders in boys compared to girls. In addition, it can be hypothesized that due to the achievement of higher physical abilities in boys and identification with the social standards related to the male role, it is not far from the mind that the stated problems are observed only in boys.


Conclusion

The results showed that the prevalence of DMDD in boys and girls of Kermanshah city is high. This raises the need to pay more attention to the psychological issues and problems of adolescents. Therefore, the necessity of preventive and curative measures from the education of Kermanshah province as well as health decision-makers is revealed.

شیوع شناسی اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه

علی احمدیان  | دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

خدامراد مومنی * | استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

جهانگیر کرمی  | دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

چکیده

مطالعه حاضر، باهدف تعیین میزان شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر کرمانشاه انجام شد. طرح این پژوهش، توصیفی-زمینه‌یابی است. ۵۸۴ دانش‌آموز (۲۸۲ پسر و ۳۰۲ دختر) دوره اول متوسطه با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه اختلال بی‌نظمی خلق مخرب موردسنجش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS26 و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون‌های دو تحلیل شدند. نتایج نشان داد میزان شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در دانش‌آموزان به صورت کلی ۱۱/۱۳، در پسران ۱۳/۸۲ و در دختران ۸/۶۰ می‌باشد. تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره بی‌نظمی خلق مخرب و جنس ($P=0/001$) و بی‌نظمی خلق مخرب و ناحیه آموزش و پرورش دانش‌آموزان ($P=0/024$) وجود داشت ولی بین بی‌نظمی خلق مخرب و سن و پایه تحصیلی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. نتایج نشان داد که شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در نوجوانان پسر و دختر شهر کرمانشاه بالا می‌باشد بنابراین لزوم اقدامات پیشگیرانه و درمانی از سوی آموزش پرورش این استان و همچنین تصمیم‌گیرندگان سلامت آشکار می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: اختلال بی‌نظمی خلق مخرب، دانش‌آموزان، شیوع.

مقدمه

اختلال بی‌نظمی خلق مخرب^۱ معمولاً در کودکان و نوجوانان مشاهده می‌شود و ویژگی اصلی آن خشم، پرخاشگری، تحریک‌پذیری مزمن^۲ و طغیان‌های خلقی شدید است (بودجریدا^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). این طغیان‌های خشم به دو طریق کلامی یا فیزیکی در پاسخ به یک ناکامی بروز می‌دهد. آشفتگی‌های خلق و خو و بی‌نظمی هیجانی از دلایل رایج مراجعه به مشاوره روان‌پزشکی و روان‌شناسی است با این حال آنچه اختلال بی‌نظمی خلق مخرب را متمایز می‌کند فراوانی و شدت طغیان‌ها (حداقل سه بار در هفته) و تداوم تأثیر منفی این نشانه‌ها در تمام روز است و اطرافیان کودک به آسانی متوجه این تغییرات در کودک می‌شوند (فریستاد^۴ و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین این نشانه‌ها باید حداقل یک‌سال ادامه داشته و در دو محیط از سه محیط (خانه، مدرسه و جمع دوستان) حضور داشته باشند و نباید با سن کودک مطابقت داشته باشند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا؛ ۲۰۲۲). در واقع از دلایلی که باعث شد این تشخیص جدید در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اضافه شود افزایش چشمگیر تعداد تشخیص‌های اختلال دوقطبی^۵ (به میزان ۴۰ درصد) در کودکان و نوجوانان همچنین کاهش نرخ تشخیص کاذب اختلال دوقطبی در جمعیت جوان و تفکیک کودکان مبتلا به تحریک‌پذیری مزمن از کودکان دارای اختلال دوقطبی کلاسیک (اپیزودیک)^۶ بود.

بر اساس نرخ شیوع دائمی و شدید تحریک‌پذیری که ویژگی اصلی این اختلال است، شیوع ۶ ماهه تا ۱ ساله اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در کودکان و نوجوانان احتمالاً ۲ تا ۵ درصد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). این اختلال در کودکان و نوجوانان در دامنه سنی ۶ تا ۱۸ سال تشخیص داده می‌شود (فریستاد و همکاران، ۲۰۱۶). اختلال بی‌نظمی

1. Disruptive Mood Dysregulation Disorder
2. Chronic Irritability
3. Boudjerida
4. Fristad
5. American Psychiatric Association
6. Bipolar Disorder
7. Episodic

خلق مخرب باید قبل از ۱۰ سالگی آغاز شده باشد ولی در مورد کودکانی که سن رشدی آن‌ها کمتر از ۶ سال است نباید از این تشخیص استفاده نمود زیرا شناسایی آسیب‌شناسی قبل از این سن به دلیل تغییرات طبیعی در رفتارهای کودکان پیش‌دبستانی دشوار است (بروتمن^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین به‌عنوان یکی از منابع مختل‌کننده عملکرد و رشد روانی-اجتماعی کودکان و نوجوانان شناخته می‌شود. اختلال‌های دوره کودکی من جمله اختلال بی‌نظمی خلق مخرب تأثیر منفی فراوانی در شکل‌گیری روابط صحیح کودک با همسالان، معلمان، والدین و مخصوصاً بر خود کودکان می‌گذارند و به‌تبع مشکلات اجتماعی فراوانی برای این افراد ایجاد می‌کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که نوجوانان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق مخرب دارند تحریک‌پذیری است که به‌عنوان نقص در تنظیم احساسات که با تمایل شدید به خشم مشخص می‌شود، تعریف می‌شود (اوانز^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). به‌بیان‌دیگر یک حالت خلقی است که به تفاوت‌های بین‌فردی در تمایل به خشم اشاره دارد که باعث اختلال یا پریشانی قابل‌توجه در زندگی فرد می‌شود (ویدال‌ریباس^۳ و همکاران، ۲۰۱۶؛ لیبنلافت و کرکانسکی^۴، ۲۰۲۱). پژوهش‌های مختلف اهمیت بالینی و رشدی تحریک‌پذیری در کودکان و نوجوانان را نشان داده‌اند ده‌ها گزارش تجربی منتشر شده در ۱۵ سال گذشته نشان می‌دهد که تحریک‌پذیری در نوجوانان ارتباط فراوانی با اختلالاتی از جمله رفتار مخرب، افسردگی، اضطراب، خودکشی و سایر مشکلات دارد (اوانز و همکاران، ۲۰۲۱؛ براتمان و همکاران، ۲۰۱۷؛ ویدال‌ریباس و همکاران، ۲۰۱۶؛ اوانز و همکاران، ۲۰۲۰). تحریک‌پذیری در این افراد با نشانه‌های مثل خشم و پرخاشگری، به‌آسانی ناکام شدن، تغییرات ناگهانی و سریع خلق، از کوره در رفتن، زودرنج بودن و حساسیت بیش‌ازحد مشخص می‌شود (استرینگاریس و تیلور^۵، ۲۰۱۵). وقتی که فرد مبتلا به این اختلال نشانه‌های ذکر شده را تکرار می‌کند این علائم در

-
1. Brotman
 2. Evans
 3. Vidal-Ribas
 4. Leibenluft & Kircanski
 5. Stringaris & Taylor

شیوع‌شناسی اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه؛ احمدیان و همکاران | ۲۰۳

طولانی مدت جزئی از شخصیت فرد می‌شوند و در روابط با اطرافیان اختلال ایجاد می‌کند. این کودکان همچنین دارای مشکلاتی در زمینه طغیان‌های خلقی شدید (سورتر^۱ و همکاران، ۲۰۲۲)، تنظیم هیجان و علائم اضطراب (پدروینی^۲ و همکاران، ۲۰۲۱)، عدم تحمل ناامیدی (لی^۳ و همکاران، ۲۰۲۲)، نقص توجه (بروتمن و همکاران، ۲۰۱۷؛ مایز^۴ و همکاران، ۲۰۱۶)، نقص در ادراک علائم‌های هیجانی (مایز و همکاران، ۲۰۱۶) و نقص در عملکردهای اجرایی (گتزرکاپ^۵ و همکاران، ۲۰۱۵) هستند.

همان‌طور که بیان شد کودکان و نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلق مخرب دارای علائم مختلفی هستند که این نشانه‌ها هزینه‌های شخصی زیادی را متوجه فرد و خانواده‌اش می‌کند و بر زندگی خانوادگی، روابط همسالان و عملکرد فرد در مدرسه تأثیر می‌گذارد (لو^۶، ۲۰۲۲). عوامل متعددی ممکن است بر سطح عملکرد مدرسه در نوجوانان دارای این اختلال تأثیر بگذارد. به‌عنوان مثال، تحریک‌پذیری و رفتارهای مرتبط مانند مشکلات روان-پزشکی والدین (بناروس^۷ و همکاران، ۲۰۲۰)، میزان بالای ناملايمات روانی اجتماعی و مشکلات اجتماعی-اقتصادی (آلتوف^۸ و همکاران، ۲۰۱۶)، یا اختلال‌های روان-پزشکی/رشدی همراه (بناروس و همکاران، ۲۰۲۰)، بد رفتاری و وجود هیجانانگیز و احساسات منفی با اطرافیان (مایز و همکاران، ۲۰۱۶؛ استرینگاریس و گودمن^۹؛ ۲۰۰۹) باعث طرد شدن آن‌ها از دیگران و از دست دادن فرصت‌های یادگیری و آموزشی می‌شود (آدلمان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۱). بر اساس نتایج پژوهش‌های مختلف مشکلات رفتاری نوجوانان معمولاً در سال‌های آغازین دوره ابتدایی شروع شده و در سنین نوجوانی به اوج خود می‌رسد و میزان

1. Sorter
2. Pedrini
3. Lee
4. Mayes
5. Gatzke-Kopp
6. Lau
7. Benarous
8. Althoff
9. Stringaris & Goodman
10. Adleman

شیوع این اختلالات بین ۱ تا ۴۰ درصد در نوسان است (به‌عنوان مثال: نرزیسی^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ وادل^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). مسئله‌ای که بدون شک نیازمند توجه جدی می‌باشد. همچنین طبق نتایج پژوهش‌ها در جوامع مختلف، شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در کودکان و نوجوانان متفاوت و گاهی ضدونقیض گزارش شده است. به‌عنوان مثال در پژوهش آلتوف و همکاران (۲۰۱۶) که بر روی نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال انجام گرفت شیوع این اختلال در نوجوانان ۵/۲۶ به‌دست آمد و با اختلالاتی مثل نافرمانی مقابله‌ای، اختلالات خلقی، اضطراب و نقص توجه/بیش‌فعالی همبودی بیشتری داشت. در پژوهشی دیگر که به بررسی پیامدهای تشخیصی و عملکردی اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در بزرگسالان پرداخته بود شیوع این اختلال در طول عمر ۰/۸ تا ۳/۳ به‌دست آمد و بیشترین اختلالی که این افراد به‌طور هم‌زمان داشتند اختلالات افسردگی و اضطرابی بود (کوپلند و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین در پژوهشی دیگر شیوع این اختلال در کودکان ۶ تا ۱۲ ساله به‌طور گسترده ۰/۹ به‌دست آمد و در مجموع بیشترین اختلال همبودی که کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلق مخرب داشتند اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود (مایز و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهشی دیگر شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب ۰/۸ به‌دست آمد (دوکرتی^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). در مطالعات دیگر شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در سنین پیش‌دبستانی ۶/۷ درصد (وگینز^۴ و همکاران، ۲۰۲۱)، در پژوهشی دیگر ۸/۷۷ درصد (توفان^۵ و همکاران، ۲۰۱۵) به‌دست آمد. طبق نتایج پژوهش‌های مختلف شیوع جنسیتی این اختلال متفاوت است و پسران به‌مراتب بیشتر از دختران به این اختلال مبتلا می‌شوند (کلدوین^۶ و همکاران، ۲۰۲۳؛ توفان و همکاران، ۲۰۱۵؛ کوپلند و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین طبق DSM-5 اغلب کودکانی که با ویژگی‌های اختلال بی‌نظمی خلق مخرب به درمانگاه آورده می‌شوند مذکر هستند در

-
1. Narzisi
 2. Waddell
 3. Dougherty
 4. Wiggins
 5. Tufan
 6. Coldevin

شیوع‌شناسی اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه؛ احمدیان و همکاران | ۲۰۵

نمونه‌های جمعیتی نیز برتری با پسران است که احتمالاً این تفاوت از عوامل چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و شناختی ناشی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). اما به نظر می‌رسد که شیوع این اختلال در جمعیت‌های بالینی و کلینیک‌های بهداشت روانی خیلی بالاتر باشد. به‌عنوان مثال در پژوهش بناروس و همکاران (۲۰۲۰) ۸ تا ۳۱ درصد، تاپیا و جان^۱ (۲۰۲۱) ۱۲ تا ۲۶/۵ درصد، فریمن^۲ و همکاران (۲۰۱۶) ۳۱ تا ۴۰ درصد، در مطالعه اکسلسون^۳ و همکاران (۲۰۱۲) ۲۶ درصد و در پژوهش مارگولیس^۴ و همکاران (۲۰۱۲) شیوع این اختلال تا ۰/۳۸ بود. همچنان که از نتایج پژوهش‌های ذکر شده برمی‌آید از میزان شیوع این اختلال، نتایج متفاوت و پرنوسانی ارائه شده است. چن و همکاران (۲۰۲۰) معتقدند که نتایج پژوهش در زمینه شیوع مشکلات و اختلالات رفتاری نوجوانان با یکدیگر تفاوت فراوانی دارند که این موضوع خود شک و شبهه بیشتری را نسبت به نتایج پژوهش‌های قبلی و شواهد موجود تجربی برمی‌انگیزد. به‌عبارت دیگر شناسایی میزان شیوع اختلالات بی‌تردید از اولین و اصلی‌ترین محورهای هدایت‌کننده غالب پژوهش‌های روان‌شناسی است (درخشان و همکاران، ۱۳۹۶) که این موضوع دغدغه اصلی پژوهشگران نیز می‌باشد (هینس^۵ و همکاران، ۲۰۲۰؛ وایت‌کمپ و مرل^۶، ۲۰۱۳). از طرف دیگر، بنا بر عقیده سادوک و سادوک (۲۰۱۵) می‌توان بیان داشت که شیوع‌شناسی به فهم علت‌شناسی، پیشگیری، درمان‌گری، مهار بیماری و برنامه‌ریزی کلی بهداشت روانی در سطوح محلی و ملی نیز کمک می‌کند و بررسی میزان شیوع اولین قدم در این زمینه می‌باشد. همان‌گونه که بیان شد اختلال بی‌نظمی خلق مخرب به‌تازگی به پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اضافه شده است ولی در خصوص شیوع‌شناسی این اختلال پژوهشی در داخل کشور انجام نشده بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤالات است که شیوع اختلال

-
1. Tapia & John
 2. Freeman
 3. Axelson
 4. Margulies
 5. Hines
 6. Whitcomb & Merrell

بی‌نظمی خلقی مخرب در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه شهر کرمانشاه به چه میزان است و آیا در دانش‌آموزان پسر و دختر تفاوتی از لحاظ شیوع این اختلال وجود دارد؟

روش

طرح این پژوهش توصیفی-زمینه‌یابی است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر و پسر دوره اول متوسطه (پایه هفتم، هشتم و نهم) شهر کرمانشاه است که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مشغول به تحصیل هستند. طبق آمار مدیریت آموزش و پرورش کرمانشاه تعداد دانش‌آموزان مشغول به تحصیل دوره اول متوسطه در این سال ۴۳۳۷۲ می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چندمرحله‌ای است. بدین صورت که از هر یک از نواحی آموزش و پرورش شهر کرمانشاه (ناحیه ۱، ۲ و ۳) دو مدرسه پسرانه و دو مدرسه دخترانه (شامل ۶ مدرسه پسرانه و ۶ مدرسه دخترانه) و از هر مدرسه سه کلاس و از هر کلاس ۱۷ نفر انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند؛ بر اساس جدول کرسی مورگان (۱۹۷۰) حداقل نمونه برای جمعیت موردنظر در این پژوهش ۳۸۱ نفر می‌باشد که پژوهشگر جهت بالا رفتن اعتبار پژوهش نمونه‌ای به حجم ۶۱۲ نفر به منظور بررسی شیوع‌شناسی این پژوهش انتخاب کرد که از این تعداد پرسشنامه‌های ۲۸ نفر ناقص و مخدوش بودند که به منظور جلوگیری از خدشه‌دار ساختن نتایج کنار گذاشته شدند. در نهایت پرسشنامه‌های ۵۸۴ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: رضایت داوطلبانه شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش، کسب نمره بالاتر از نمره برش در پرسشنامه بی‌نظمی خلقی مخرب، دانش‌آموزان پایه هفتم، هشتم و نهم باشند. ملاک‌های خروج عدم تمایل به ادامه حضور در طرح پژوهشی و پرسشنامه‌های مخدوش و پرسشنامه‌هایی که بیش از ۰/۲۵ سؤال‌های آن بی‌جواب بودند، از روند پژوهش کنار گذاشته شدند. این پژوهش با کد اخلاق IR.RAZI.REC.1402.006 در کمیته اخلاق دانشگاه رازی به تصویب رسید. همچنین در این پژوهش اصول اخلاقی مانند گرفتن رضایت‌نامه کتبی و شرکت آگاهانه از دانش‌آموزان، در جریان قرار دادن شرکت‌کنندگان از اهداف و طرح پژوهش، اطمینان دادن به مراجعان در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و احترام به

شیوع‌شناسی اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه؛ احمدیان و همکاران | ۲۰۷

حقوق افراد نمونه و توضیح هدف پژوهش برای آزمودنی‌ها مورد توجه قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و در بخش استنباطی از آزمون‌های دو و برای بررسی پیش‌فرض‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS²⁶ تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار این پژوهش پرسشنامه خودگزارشی بی‌نظمی خلق مخرب بود. این پرسشنامه توسط بودجریدا و همکاران در سال ۲۰۲۲ برای نوجوانان ۱۲ تا ۱۵ ساله ساخته شده و از ۱۰ سؤال بله خیر تشکیل شده است که دارای یک سؤال اصلی (سؤال ۱) و ۹ سؤال احتمالی است. بدین صورت که اگر پاسخ سؤال اول بله باشد ۹ سؤال دیگر هم بررسی می‌شوند ولی اگر پاسخ سؤال اول خیر باشد سؤالات بعدی هم قابل بررسی نمی‌باشند و برای همه سؤالات دیگر خیر گذاشته می‌شود که نشان‌دهنده عدم تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق مخرب است. سؤال ۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. سؤالات این پرسشنامه کاملاً منطبق و بر اساس معیارهای پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی برای اختلال بی‌نظمی خلق مخرب (معیار A, C, D, E, F, G, H) ساخته شده است. لازم به ذکر است که برخی معیارها به دو قسمت تقسیم شده‌اند تا سؤالات تا حد امکان ساده باشد. همچنین معیارهای خروج یعنی معیارهای B, I, J برای رعایت اختصار حذف شدند؛ بنابراین این پرسشنامه که هفت معیار DSM-5 را پوشش می‌دهد، یک امتیاز پیوسته از ۰ تا ۱۰ به دست می‌دهد. لازم به ذکر است که برای تشخیص بی‌نظمی خلق مخرب دانش‌آموزانی وارد پژوهش خواهند شد که نمره بالاتر از نقطه برش به دست بیاوردند. پایایی این پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی ۰/۳۱ و با ویژگی‌های شخصیت مرزی ۰/۴۲ به دست آمد که نشان از معنی‌داری این ابزار است (بودجریدا و همکاران، ۲۰۲۲). این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط احمدیان و همکاران (۱۴۰۲) ترجمه و هنجاریابی شده است. به منظور بررسی ساختار عاملی پرسشنامه از روش تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه مؤلفه‌های اصلی با چرخش وریماکس استفاده شد که نتایج نشان داد ۱۰ گویه در قالب دو عامل جهت سنجش اختلال بی‌نظمی خلق مخرب وجود دارد.

عامل خشم و پرخاشگری شامل سؤالات ۱، ۳، ۴، ۶، ۸ و ۹ و عامل تحریک‌پذیری شامل سؤال‌های ۲، ۵، ۷ و ۱۰ بود. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد که دامنه ضرایب همبستگی مؤلفه‌های پرسشنامه اختلال بی‌نظمی خلق مخرب و افسردگی بین ۰/۴۳ تا ۰/۵۶ است که نشان‌دهنده همبستگی مثبت و معنادار مؤلفه‌های بی‌نظمی خلق مخرب با افسردگی است. همچنین پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خشم و پرخاشگری ۰/۸۱، برای تحریک‌پذیری ۰/۸۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد و پایایی پرسشنامه به روش اسپیرمن-براون و گاتمن به ترتیب برای خشم و پرخاشگری ۰/۸۶ و ۰/۷۸، برای تحریک‌پذیری به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۳ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ و ۰/۸۹ می‌باشد که نشان می‌دهد پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار است. برای تعیین نقطه برش پرسشنامه بی‌نظمی خلق مخرب از منحنی ROC استفاده شد. طبق نتایج به دست آمده، بهترین نقطه برش برای این پرسشنامه نمره ۵ به دست آمد. به این معنا که آزمودنی‌هایی که نمره ۵ و بالاتر از ۵ می‌گیرند تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق مخرب را می‌گیرند (احمدیان و همکاران، ۱۴۰۲).

یافته‌ها

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش به تفکیک جنسیت

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	سطوح متغیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	پسر	۲۸۲	۴۸/۳		
	دختر	۳۰۲	۵۱/۷		
	کل	۵۸۴	۱۰۰		
سن	پسر			دختر	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
	۱۲	۶۱	۲۱/۶	۵۹	۱۹/۵
	۱۳	۶۳	۲۲/۳	۸۸	۲۹/۱
	۱۴	۸۲	۲۹/۱	۸۵	۲۸/۱
	۱۵	۷۶	۲۷	۷۰	۲۳/۲
کل	۲۸۲	۱۰۰	۳۰۲	۱۰۰	

شیوع‌شناسی اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه؛ احمدیان و همکاران | ۲۰۹

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	سطوح متغیر	تعداد	درصد		
	هفتم	۹۵	۳۳/۷	۱۰۶	۳۵/۱
پایه تحصیلی	هشتم	۹۷	۳۴/۴	۱۰۰	۳۳/۱
	نهم	۹۰	۳۱/۹	۹۶	۳۱/۸
	کل	۲۸۲	۱۰۰	۳۰۲	۱۰۰
	ناحیه ۱	۹۲	۳۲/۶	۱۰۰	۳۳/۱
ناحیه	ناحیه ۲	۹۶	۳۴	۱۰۳	۳۴/۱
	ناحیه ۳	۹۴	۳۳/۳	۹۹	۳۲/۸
	کل	۲۸۲	۱۰۰	۳۰۲	۱۰۰

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با توجه به جنسیت، سن پایه تحصیلی و همچنین بر اساس ناحیه نشان داده شده است. در ادامه به منظور بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	مقدار Z	سطح معنی‌داری
جنس	۸/۴۵	۰/۰۰۱
سن	۴/۵۳	۰/۰۰۱
پایه تحصیلی	۵/۵۲	۰/۰۰۱
ناحیه	۵/۳۳	۰/۰۰۱

سطح معناداری آزمون نرمالیتی کولموگروف اسمیرنوف برای تمام متغیرها کمتر از ۰/۰۵ به دست آمد؛ بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد توزیع متغیرهای پژوهش غیرنرمال بودند ($P < 0/05$) و می‌توان از روش‌های ناپارامتریک برای آزمون مقایسه میانگین هر یک از متغیرها در دو گروه پسران و دختران استفاده کرد. برای این منظور آزمون خی‌دو اجرا شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و آزمون خی‌دو اختلال بی‌نظمی خلق مخرب به تفکیک جنسیت

متغیر سطوح متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	خی‌دو	سطح معنی‌داری
جنس پسر	۱	۰/۵۰	۵/۸۴۰	۰/۰۰۱

متغیر سطوح متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	خی دو	سطح معنی داری
دختر	۲			
سن پسر	۱۳/۶۱	۱/۱۰	۳/۷۹	۰/۲۸
دختر	۱۳/۵۵	۱/۰۵		
پایه تحصیلی پسر	۱/۹۸	۰/۸۱۱	۰/۱۵۶	۰/۹۲
دختر	۱/۹۷	۰/۸۱۹		
ناحیه پسر	۲/۰۱	۰/۸۱۴	۰/۹۸	۰/۰۲۴
دختر	۲	۰/۸۱۳		

با توجه به نتایجی که در جدول ۳ آمده، می توان نتیجه گرفت اختلال بی نظمی خلق مخرب در پسران و دختران معنی دار ($P < 0.05$, $X^2 = 5.840$) می باشد به این معنی که میانگین نمره های این متغیر در پسران بیشتر از دختران است. همچنین در زمینه ناحیه آموزش و پرورش این اختلال به شکل معنی داری در دو گروه پسران و دختران متفاوت است ($P < 0.05$, $X^2 = 0.98$). به این معنا که در گروه پسران بیشترین شیوع اختلال بی نظمی خلق مخرب مربوط به ناحیه ۲ و در گروه دختران بیشترین شیوع این اختلال مربوط به ناحیه ۳ می باشد. ولی در زمینه سن ($P > 0.05$, $X^2 = 3.79$) و پایه تحصیلی ($P > 0.05$, $X^2 = 0.156$) در دو گروه پسران و دختران تفاوت معنی داری مشاهده نشد. به عبارت دیگر شیوع اختلال بی نظمی خلق مخرب در بین پسران و دختران از لحاظ آماری تفاوت معنی داری نداشت. جدول ۴ میزان و درصد شیوع اختلال بی نظمی خلق مخرب را در دانش آموزان پسر و دختر نشان می دهد.

جدول ۴. میزان شیوع اختلال بی نظمی خلق مخرب در آزمودنی های پژوهش بر اساس جنسیت

جنس	فراوانی نمونه اولیه	میزان شیوع	درصد
پسر	۲۸۲	۳۹	۱۳/۸۲
دختر	۳۰۲	۲۶	۸/۶۰
کل	۵۸۴	۶۵	۱۱/۱۳

با توجه به نتایج جدول ۴ میزان شیوع اختلال بی نظمی خلق مخرب در بین پسران ۱۳/۸۲ درصد، در بین دختران ۸/۶۰ درصد و در کل ۱۱/۱۳ درصد به دست آمد. به عبارت دیگر

شیوع‌شناسی اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه؛ احمدیان و همکاران | ۲۱۱

شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب به‌طور معنی‌داری در پسران بیشتر از دختران است و رفتارهایی مثل خشم، پرخاشگری و تحریک‌پذیری در این افراد بیشتر دیده می‌شود. جدول ۵ میزان شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب را بر اساس متغیرهای سن، پایه تحصیلی و ناحیه آموزش و پرورش نشان می‌دهد.

جدول ۵. میزان شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب بر اساس سن، پایه تحصیلی و ناحیه

آموزش و پرورش

دختر		متغیر	پسر		متغیر	
درصد	میزان شیوع	فراوانی نمونه اولیه	درصد	میزان شیوع	فراوانی نمونه اولیه	سن
۱/۹۸	۶	۵۹	۳/۱۹	۹	۶۱	۱۲
۲/۳۱	۷	۸۸	۳/۱۹	۹	۶۳	۱۳
۱/۶۵	۵	۸۵	۳/۱۹	۹	۸۲	۱۴
۲/۶۴	۸	۷۰	۴/۲۵	۱۲	۷۶	۱۵
۸/۶۰	۲۶	۳۰۲	۱۳/۸۲	۳۹	۲۸۲	کل
۳/۹۷	۱۲	۱۰۶	۴/۲۵	۱۲	۹۵	هفتم
۲/۶۴	۸	۱۰۰	۴/۲۵	۱۲	۹۷	هشتم
۱/۹۸	۶	۹۶	۵/۳۱	۱۵	۹۰	نهم
۸/۶۰	۲۶	۳۰۲	۱۳/۸۲	۳۹	۲۸۲	کل
۱/۹۸	۶	۱۰۰	۴/۶۰	۱۳	۹۲	ناحیه ۱
۲/۹۸	۹	۱۰۳	۶/۰۲	۱۷	۹۶	ناحیه ۲
۳/۶۴	۱۱	۹۹	۳/۱۹	۹	۹۴	ناحیه ۳
۸/۶۰	۲۶	۳۰۲	۱۳/۸۲	۳۹	۲۸۲	کل

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در گروه پسران بیشترین شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در سن ۱۵، پایه نهم تحصیلی و ناحیه ۲ می‌باشد و کمترین شیوع این اختلال در سنین ۱۲ تا ۱۴ سالگی، پایه هفتم و هشتم و ناحیه ۳ می‌باشد. در گروه دختران بیشترین شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در سن ۱۵، پایه هفتم تحصیلی و ناحیه ۳ می‌باشد و کمترین شیوع این اختلال در سنین ۱۲ و ۱۴ سالگی، پایه نهم و ناحیه ۱ شهر کرمانشاه می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که قبلاً ذکر شد شیوع‌شناسی یکی از اولین گام‌ها برای بررسی یک پدیده است. نتایج این پژوهش نشان داد شیوع این اختلال در جمعیت دانش‌آموزی ۱۱/۱۳ درصد بود که نشان می‌دهد میزان شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در شهر کرمانشاه در مقایسه با پژوهش‌های مایز و همکاران (۲۰۱۶)، دوکرتی و همکاران (۲۰۱۴) و توفان و همکاران (۲۰۱۵) متفاوت و ناهمخوان می‌باشد. در پژوهشی که توسط مایز و همکاران (۲۰۱۶) بر روی بی‌نظمی خلق مخرب انجام شد شیوع این اختلال در جمعیت عمومی به‌طور گسترده از ۰/۸ تا ۰/۹ متغیر بود. در پژوهش توفان و همکاران (۲۰۱۵) که به بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی اختلال بی‌نظمی خلق مخرب پرداختند میزان شیوع این اختلال را ۸/۷۷ به‌دست آوردند. همچنین در پژوهش دوکرتی و همکاران (۲۰۱۴) که بر روی جامعه بزرگی از کودکان انجام گرفت شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب ۰/۸ بود.

در خصوص تبیین این یافته می‌توان به علت‌های مختلفی اشاره کرد از جمله اینکه جامعه آماری این پژوهش‌ها شامل کودکان ۶ تا ۱۲ سال و سنین پیش‌دبستانی بوده‌اند که این اختلاف سنی می‌تواند یکی از دلایل احتمالی نتایج متفاوت شیوع‌شناسی این پژوهش‌ها باشد. به‌بیان‌دیگر نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که اختلال‌های رفتاری نوجوانان معمولاً در سال‌های آغازین دوره ابتدایی شروع شده و در سنین نوجوانی به اوج خود می‌رسد و میزان شیوع این اختلال‌ها در میان نوجوانان بین ۱ تا ۴۰ درصد در نوسان است (نرزیسی و همکاران، ۲۰۲۰؛ وادل و همکاران، ۲۰۱۴) بنابراین با توجه به اینکه شرکت‌کنندگان این پژوهش نوجوانان (۱۲ تا ۱۵ سال) بودند، این موضوع می‌تواند یکی از دلایل تفاوت میزان شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در این پژوهش با پژوهش‌های ذکر شده باشد. به‌بیان‌دیگر وجود اختلاف در نتایج کسب‌شده در پژوهش‌های خارج از کشور ممکن است به دلیل استفاده از ابزارهای مختلف جهت شیوع‌شناسی باشد، کما اینکه در این مطالعه برای نخستین بار در ایران از پرسشنامه بی‌نظمی خلق مخرب بودجریدا و همکاران (۲۰۲۲) استفاده شد.

DSM-5 میزان شیوع این اختلال را بین ۲ تا ۵ درصد ذکر کرده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲) که این میزان شیوع با مقدار شیوع به‌دست آمده در این اختلال متفاوت است در تبیین این امر می‌توان گفت: DSM-5 این میزان شیوع را یک میزان متوسط می‌داند که بر اساس میانگین پژوهش‌های مختلف به‌دست آمده است و اینکه این مقدار را برای کشور آمریکا ذکر می‌کند که مسلماً تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی این جامعه با یکدیگر و همچنین ویژگی‌های شخصیتی و روان‌شناختی متفاوت نوجوانان می‌تواند بر میزان شیوع این اختلال تأثیر گذاشته باشد. از سوی دیگر تفاوت در نوع ابزارهای بکار رفته در این پژوهش‌ها هم می‌تواند یکی دیگر از علت‌های میزان شیوع بالاتر در این پژوهش باشد. گذشته از آن، به نظر می‌رسد عوامل دیگری مانند تعریف اختلال بر اساس نظام‌های طبقه‌بندی گوناگون، میزان تجربه و مهارت مصاحبه‌کننده، حجم نمونه و منبع مطالعات بر میزان شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب اثر می‌گذارند و باعث می‌شوند که برآورد میزان شیوع آن متفاوت باشد. همان‌طور که بیان شد با توجه به نتیجه این پژوهش و پژوهش‌های مشابه، شیوع اختلالات رفتاری در بین کودکان و نوجوانان نسبتاً بالاست و به‌طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی کودکان و نوجوانان، تأثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی در بزرگسالی را افزایش می‌دهد (آلتوف و همکاران، ۲۰۱۶؛ پاندینا و همکاران، ۲۰۰۷). به‌عبارت‌دیگر می‌توان گفت شیوع بالای اختلالات رفتاری به لحاظ ماهیت؛ رفتارهایی ناهنجار و نامناسب تلقی شده که علاوه بر ایجاد مشکل برای خود نوجوان، می‌تواند مشکلاتی را برای اطرافیان و افرادی که با آن‌ها در ارتباط هستند نیز ایجاد نماید. این اختلالات رفتاری (تحریک‌پذیری و پرخاشگری) ممکن است برای نوجوان مشکلاتی را به لحاظ قانونی ایجاد نموده و بدین‌سبب مانع ادامه تحصیل و رشد مناسب وی گردند. علاوه‌براین، چنین مشکلات رفتاری، ممکن است زمینه‌ساز ایجاد رفتارهای مخرب و بزهکاری دیگر نیز در نوجوانان گردد. همچنین درگیر شدن نوجوانان در رفتارهای پرخاشگرانه می‌تواند باعث تشدید مشکلات رفتاری جدی در

آن‌ها شود (بناروس و همکاران، ۲۰۲۰) که این عوامل نیز به نوبه خود می‌تواند به دوره های بعدی زندگی نوجوان انتقال یابند (آلتوف و همکاران، ۲۰۱۶).

بررسی شیوع اختلال برحسب جنس نیز حاکی از وجود تفاوت بین پسران و دختران بود که بر اساس نتایج این مطالعه میزان شیوع این اختلال در دانش‌آموزان پسر و دختر به ترتیب ۱۳/۸۲ و ۸/۶۰ است. نتایج این مطالعه با یافته‌های پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰۱۳)، کلدوین و همکاران (۲۰۲۳)، و گیتز و همکاران، (۲۰۲۱)، کوپلند و همکاران (۲۰۱۳)، مایز و همکاران (۲۰۱۶) و دوکرتی و همکاران (۲۰۱۴) مبنی بر این که اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در پسران شیوع بیشتری دارد همسو و همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت همسو با نتایج DSM-5 اغلب کودکان و نوجوانانی که با ویژگی‌های اختلال بی‌نظمی خلق مخرب به درمانگاه آورده می‌شوند مذکر هستند در نمونه‌های جمعیتی نیز برتری با پسران است که احتمالاً این تفاوت از عوامل چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و شناختی ناشی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). همچنین در پژوهش‌های دیگر شیوع جنسیتی این اختلال در بین پسران و دختران متفاوت به دست آمده است. به عنوان نمونه در پژوهش کوپلند و همکاران (۲۰۱۳) اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در پسران دو برابر دختران بود. شواهد نشان می‌دهد که شیوع بالای اختلال‌های رفتاری در پسران قبل از همه مربوط به نقش‌های جنسیتی آن‌ها می‌باشد.

علاوه بر این، محدود نبودن پسران در ارتباطات اجتماعی و عوامل ژنتیکی و ... از جمله عواملی هستند که می‌توانند زمینه‌ساز شیوع بالاتر این اختلال‌ها در پسران نسبت به دختران باشد. به علاوه می‌توان این فرضیه را مطرح کرد که به دلیل دستیابی به توانایی‌های جسمانی بالاتر در پسران و همانندسازی با معیارهای اجتماعی مربوط به نقش مردانه چندان دور از ذهن نباشد که مشکلات بیان‌شده تنها در پسران مشاهده شود. به بیان دیگر پسران به واسطه پشتوانه قدرت جسمانی و اقتدارطلبی، این رفتارها در آن‌ها تسهیل می‌گردد. در فرهنگ ما، پسران برای بیان احساسات خصمانه، خودآزادی بیشتری دارند و رفتارهای پرخاشگرانه، با نقش جنسیتی پسرانه گره خورده است. البته توجه به این نکته نیز حائز اهمیت است که در

مطالعات شیوع‌شناسی شاید نتوان دو پژوهش را پیدا کرد که میزان شیوع آن‌ها دقیقاً برابر باشد و این امر کاملاً طبیعی است، زیرا تفاوت در ابزارهای مورد استفاده برای تشخیص این اختلال‌ها، روش‌های تشخیصی به کار رفته و نحوه اجرا نیز می‌تواند بر تنوع نتایج تأثیر بگذارد (درخشان‌پور و همکاران، ۱۳۹۶). نکته مهمی که پژوهشگران باید در شیوع‌شناسی و گزارش میزان دقیق آن رعایت کنند، استفاده از منبعی است که برای تهیه ابزار مورد استفاده و یا برای گردآوری اطلاعات از آن استفاده می‌کنند؛ به عنوان مثال، در DSM-5 رویکرد مقوله‌ای ارزیابی اختلالات به رویکرد ابعادی تبدیل شده است. رویکرد ابعادی در مقایسه با رویکرد مقوله‌ای (صرفاً بلی-خیر)، امکان مقایسه و سنجش مدت، شدت و تعداد نشانه‌های همراه با ویژگی‌های دیگر هر اختلال روانی را بر روی طیفی از عادی تا شدید فراهم می‌سازد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). این درحالی است که اکثر ابزارهای موجود، سنجش اختلال‌های روانی بر اساس نسخه‌های قدیمی DSM ساخته شده و آن ابزارها به علت پیروی از رویکرد مقوله‌ای، فاقد مزیت رویکرد ابعادی‌اند. به علاوه درخصوص تبیین میزان شیوع متفاوت در پژوهش‌های ذکر شده می‌توان دیگر علت این اختلاف‌های آماری را در تنوع تشخیصی قابل توجهی که در پایبندی به معیارهای DSM-5 با توجه به فراوانی طغیان خشم و پرخاشگری، مدت‌زمان تحریک‌پذیری یا معیارهای خروج شرکت‌کنندگان در پژوهش دانست (مورنر-لاوانچی و همکاران، ۲۰۲۱).

نتایج نشان داد که شیوع اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در نوجوانان پسر و دختر شهر کرمانشاه بالا می‌باشد. این امر ضرورت توجه هرچه بیشتر به مسائل و مشکلات روان‌شناختی نوجوانان را مطرح می‌سازد. بنابراین لزوم اقدامات پیشگیرانه و درمانی از سوی آموزش پرورش استان کرمانشاه و همچنین تصمیم‌گیرندگان سلامت آشکار می‌گردد. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی مانند استفاده از ابزار خودگزارشی بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در سایر پژوهش‌ها علاوه بر پرسشنامه از شیوه‌های سنجشی دیگر همچون مصاحبه‌ی بالینی استفاده شود. علاوه بر این، پیشنهاد می‌گردد در حوزه‌ی این اختلال پژوهش‌هایی صورت گیرد که در آن به بررسی علل بروز آن در نوجوانان پرداخته شود. همچنین نتایج

این پژوهش به جامعه‌های دانش‌آموزی شهرها یا شهرستان‌های دیگر، به‌ویژه شهرهایی با ویژگی‌های قومی، فرهنگی و آموزشی متفاوت با شهر کرمانشاه، قابل‌تعمیم نیست و لازم است در تعمیم‌دهی این نتایج بسیار محتاط بود. درنهایت با توجه به شیوع بالای این اختلال در میان جمعیت نوجوان پیشنهاد می‌گردد مداخلات درمانی مناسبی مانند مداخلات شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه (لینکه و همکاران، ۲۰۲۰) و رفتاردرمانی دیالکتیکی (پرپلتچیکووا و همکاران، ۲۰۱۷) که در پژوهش‌های مختلف اثربخشی آن‌ها بر این اختلال به اثبات رسیده است برای این افراد بکار برده شود.

تعارض منافع

تعارض منافع وجود ندارد.

ORCID

Ali Ahmadian

Khodamorad Momeni

Jahangir Karami



<https://orcid.org/0000-0003-4856-0222>



<http://orcid.org/0000-0001-5129-2451>



<http://orcid.org/0000-0001-5832-1307>

منابع

- احمدیان، علی، مؤمنی، خدامراد و کرمی، جهانگیر. (۱۴۰۲). ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی نسخه ایرانی پرسشنامه اختلال بی‌نظمی خلق مخرب در نوجوانان. *روانشناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۹(۷۴)، ۲۱۱-۲۲۴.
- درخشان، نوشین، سیف، علی‌اکبر، کیامنش، علیرضا و آحدی، حسن (۱۳۹۶). ساخت، اعتباریابی، رواسازی و هنجاریابی پرسشنامه انگیزش تحصیلی حالتی (ASM). *نشریه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی*، ۱۰(۴)، ۶۹-۱۰۴.

References

- Adleman, N. E., Kayser, R., Dickstein, D., Blair, R. J. R., Pine, D., & Leibenluft, E. (2011). Neural Correlates of Reversal Learning in Severe Mood Dysregulation and Pediatric Bipolar Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(11), 1173–1185.
- Ahmadian, A., Momeni, Kh., & Karami, J. (2023). Psychometric Properties and Factor Structure of the Iranian Version of the Disruptive Mood Dysregulation Disorder Questionnaire in Adolescents. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 19(74), 211-224.
- Althoff, R. R., Crehan, E. T., He, J. P., Burstein, M., Hudziak, J. J., & Merikangas, K. R. (2016) Disruptive Mood Dysregulation Disorder at Ages 13–18: Results from the National Comorbidity Survey—Adolescent Supplement. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 26, 107–113.
- American Psychiatric Association (2022) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edn-Text Revision*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Axelson, D., Findling, R. L., Fristad, M. A., Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Horwitz, S. M., Arnold, L. E., Frazier, T. W., Ryan, N., Demeter, C., Gill, M. K., Hauser-Harrington, J. C., Depew, J., Kennedy, SH. M., Gron, B. A., Rowles, B. M., Birmaher, B. (2012). Examining the Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder Diagnosis in Children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(10), 1342-1350.
- Benarous, X., Consoli, A., & Cohen, D. (2020). *Definition and Features of Depressive Disorder in Children and Adolescents*. In: Xie P (ed)

- Overview and advance in clinical studies of Depressive Disorder. Springer, Berlin.
- Boudjerida, A., Labelle, R., Bergeron, L., Berthiaume, C., Guilé, J. M., & Breton, J. J. (2022). Development and Initial Validation of the Disruptive Mood Dysregulation Disorder Questionnaire Among Adolescents From Clinic Settings. *Front Psychiatry*, 17, 13:617991.
- Brotman, M. A., Kircanski, K., Stringaris, A., Pine, D. S., & Leibenluft, E. (2017). Irritability in Youths: A Translational Model. *American Journal Of Psychiatry*, 174(6), 520-532.
- Brotman, M.A., Kircanski, K., Leibenluft, E. (2017). Irritability in children and adolescents. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 317–341.
- Chen, Y. L., Chen, W. J., Lin, K. C., Shen, L. J., & Gau, S. S. F. (2020). Prevalence of DSM-5 Mental Disorders In A Nationally Representative Sample Of Children In Taiwan: Methodology And Main Findings. *Epidemiology And Psychiatric Sciences*, 30, 29, e15.
- Coldevin, M., Brænden, A., Zeiner, P., Oyen, A. S., Melinder, A., & Stubberud, J. (2023). Disruptive Mood Dysregulation Disorder in a Norwegian Clinical Child Population. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2023 May 19:13591045231176928. PMID: 37208899.
- Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J., Egger H. (2013). Prevalence, Comorbidity, and Correlates of DSM-5 Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 170, 173–179.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Egger, H., Angold, A., & Costello, E. J. (2014). Adult Diagnostic and Functional Outcomes of DSM-5 Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 171(6), 668–674.
- Derakhshan, N., Saif, A., Kiamanesh, A., & Ahadi, H. (2018). Construction, Validation, Reliability and Normalization of Academic State Motivation Inventory. *Journal of Instruction and Evaluation*, 10(40), 69-104. [In Persian].
- Dougherty, L.R., Smith, V. C., Bufferd, S. J., Carlson, G. A., Stringaris, A., Leibenluft, E. (2014) DSM-5 Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Correlates and Predictors in Young Children, *Psychological Medicine*, 44, 2339–2350.
- Evans, S. C., Abel, M. R., Doyle, R. L., Skov, H., & Harmon, S. L. (2021). Measurement and Correlates of Irritability in Clinically Referred Youth: Further Examination of the Affective Reactivity Index. *Journal Affective Disorder*, 15 (283), 420-429.

- Evans, S. C., Blossom, J. B., Fite, P. J. (2020). Exploring Longitudinal Mechanisms of Irritability in Children: Implications for Cognitive-Behavioral Intervention. *Behavior Therapy*, 51(2), 238-252.
- Freeman, A. J., Youngstrom, E. A., Youngstrom, J. K., & Findling, R. L. (2016). Disruptive Mood Dysregulation Disorder in a Community Mental Health Clinic: Prevalence, Comorbidity and Correlates. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(2), 123-130.
- Fristad, M. A., Wolfson, H., Algorta, G. P., Youngstrom, E. A., Arnold, L. E., Birmaher, B., Horwitz, S., Axelson, D., Kowatch, R. A., Findling, R.L., & The LAMS Group. (2016). Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Bipolar Disorder not Otherwise Specified: Fraternal or Identical Twins? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26, 138-146.
- Gatzke-Kopp, L. M., Willner, C. J., Jetha, M. K., Abenavoli, R. M., Dupuis, D., & Segalowitz, S. J. (2015). How Does Reactivity to Frustrative Non-Reward Increase Risk for Externalizing Symptoms? *Journal of Psychophysiology*, 98(2), 300-309.
- Hines, E. M., Moore III, J. L., Mayes, R. D., Harris, P. C., Vega, D., Robinson, D. V., Gray C. N., & Jackson, C. E. (2020). Making student achievement a priority: The Role of School Counselors in Turnaround Schools. *Urban Education*, 55(2), 216-237.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Lau, J. Y. F. (2022). Editorial: Exemplifying a Cognitive Science-Driven Approach to Intervention Innovation: Targeting Face Emotion Labeling to Reduce Anger-Proneness in Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(1), 26-28.
- Lee, K. S., Xiao, J., Liew, Z., Gau, S. S., & Tseng, W. L. (2022). Perinatal and Birth Correlates of Childhood Irritability in Taiwan's National Epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, 15 (299), 273-280.
- Leibenluft, E., & Kircanski, K. (2021). Chronic irritability in Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 667-683.
- Lin, Y. J., Tseng, W. L., & Gau, S. S. (2021). Psychiatric Comorbidity and Social Adjustment Difficulties in Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A National Epidemiological Study. *Journal of Affective Disorders*, 15(281), 485-492.
- Linke, J., Kircanski, K., Brooks, J., Perhamus, G., Gold, A. L., & Brotman, M. A. (2020). Exposure-Based Cognitive-Behavioral Therapy for

- Disruptive Mood Dysregulation Disorder: An Evidence-Based Case Study. *Behavior Therapy*, 51(2), 320-333.
- Margulies, D. M., Weintraub, S., Basile, J., Grover, P. J., & Carlson, G. A. (2012). Will Disruptive Mood Dysregulation Disorder Reduce False Diagnosis of Bipolar Disorder in Children? *The Journal of Bipolar Disorder*, 14, 488-496.
- Mayes, S. D., Waxmonsky, J. D., Calhoun, S. L., & Bixler, E. O. (2016). Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms and Association with Oppositional Defiant and Other Disorders in a General Population Child Sample. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(2), 101-106.
- Mürner-Lavanchy, I., Kaess, M., & Koenig, J. (2021). Diagnostic Instruments for the Assessment of Disruptive Mood Dysregulation Disorder: a Systematic Review of the Literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021 Jul 7. doi: 10.1007/s00787-021-01840-4. Epub ahead of print. PMID: 34232390.
- Narzisi, A., Posada, M., Barbieri, F., Chericoni, N., Ciuffolini, D., Pinzino, M., Romano, R., Scattoni, M. L., Tancredi, R., Calderoni, S., & Muratori, F. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder in a Large Italian Catchment Area: a School-Based Population Study Within the ASDEU Project. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 6, 29:e5.
- Pandina, G. J., Bilder, R. H., Harvey, P. D., Keefe, R. S. E., Aman, M. G., & Gharabawi, G. (2007). Risperidone and cognitive Function in Children with Disruptive Behavior Disorders. *Biological Psychiatry*, 62(3), 226-234.
- Pedriani, L., Rossi, R., Magni, L. R., Lanfredi, M., Meloni, S., Ferrari, C., Macis, A., Lopizzo, N., Zonca, V., & Cattaneo, A. (2021). Emotional Regulation in Teens and Improvement of Constructive Skills (EmoTIConS): Study Protocol for a Randomized Controlled Trial, *Trials*, 22(1), 920.
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S. R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., Rebeta, J., Scahill, L., Kaufman, J., Flye, B., Mauer, E., & Walkup, J. (2017). Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(10), 832-840.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2015). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences/ Clinical Psychiatry* (10th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.

- Sorter, M., Chua, J., Lamy, M., Barzman, D., Ryes, L., & Shekhtman, J. A. (2022). Management of Emotion Dysregulation and Outbursts in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 24(3), 213-226.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Longitudinal Outcome of Youth Oppositionality: Irritable, Headstrong, and Hurtful Behaviors have Distinctive Predictions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(4), 404-412.
- Stringaris, A., & Taylor, E. (2015). *Disruptive Mood Irritability in Children and Adolescents*. Oxford University Press.
- Tapia, V., & John, R. M. (2018). Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(8), 573-578.
- Tufan, E., Topal, Z., Demir, N., Taskiran, S., Savci, U., Cansiz, M. A., & Semerci, B. (2016). Sociodemographic and Clinical Features of Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A Chart Review. *Journal of Child Adolescent Psychopharmacology*, 26(2), 94-100.
- Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., Valdivieso, I., Leibenluft, E., & Stringaris, A. (2016). The Status of Irritability in Psychiatry: a Conceptual and Quantitative Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(7), 556-570.
- Waddell, C., Shepherd, C., Schwartz, C., & Barican, J. (2014). *Child and Youth Mental Disorders: Prevalence and Evidence-Based Interventions*. Vancouver, BC: Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University.
- Whitcomb, S. A., & Merrell, K. W. (2013). Behavioral, Social, and Emotional Assessment of Children and Adolescents. Routledge. Available on: <https://www.amazon.com>.
- Wiggins, J. L., Briggs-Gowan, M., Brotman, M., Leibenluft, E., Wakschlag, L. (2021). Toward a Developmental Nosology for Disruptive Mood Dysregulation Disorder in Early Childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(3), 388-397.

References [In Persian]

- Ahmadian, Ali, Momeni, Khodamorad and Karami, Jahangir. (2023). Psychometric characteristics and factor structure of the Iranian version of the destructive mood disorder questionnaire in adolescents. *Evolutionary Psychology: Iranian Psychologists*, 19(74), 211-224. [In Persian]

Derakhshan, Noushin, Seif, Ali-Akbar, Kiamanesh, Alireza and Ahadi, Hassan (2016). Constructing, validating, validating and standardizing the state academic motivation questionnaire (ASM). *Scientific-Research Journal of Education and Evaluation*, 10(4), 69-104. [In Persian]

استناد به این مقاله: احمدیان، علی، مومنی، خدامراد، کرمی، جهانگیر (۱۴۰۲). شیوع شناسی اختلال بی نظمی خلق مخرب در دانش آموزان دوره اول متوسطه، *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۱۳(۵۰)، ۱۹۵-۲۲۲.

DOI: 10.22054/jcps.2023.16448



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.