

همبودی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در دانش‌آموزان دبستانی

مسلم عباسی^۱، ساره روستا^۲ و هما احمدی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی همبودی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در کودکان دبستانی انجام شد. روش پژوهش توصیفی بود و جامعه آماری شامل کودکان دبستانی مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی بود. برای دستیابی به هدف فوق، ۴۰ کودک دبستانی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از اطمینان از تشخیص روانپزشکی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی، برای تشخیص موارد اختلال بدتنظیمی خلق مخرب از یک مصاحبه بالینی ساختار یافته با والدین استفاده شد. یافته‌های حاصل از این مطالعه، حاکی از همبودی ۱۷/۵ درصدی (۷ کودک از ۴۰ کودک) اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب بود. با توجه به نتایج، لزوم توجه و تشخیص همبودی اختلال بدتنظیمی خلق مخرب جهت به‌کارگیری روش‌های درمانی مناسب برای اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: همبودی، کودک، اختلال بدتنظیمی خلق مخرب، اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی

۱. نویسنده ی رابط: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون moslem_abbasi83@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه سلمان فارسی کازرون

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات ساوه

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۲/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۸/۱۵

مقدمه

خلق تحریک پذیر^۱ و حمله خشم در بین جوانانی که برای درمان روان‌پزشکی مراجعه می‌کنند شایع است. این علائم خصوصیات اصلی اختلال بدتنظیمی خلق مخرب^۲ نیز هستند (بامبوئر و کونور^۳، ۲۰۰۵؛ کارلسون، پوتگال، مارگولیز، گاتکوویچ و باسیل^۴، ۲۰۰۹). اختلال بدتنظیمی خلق مخرب توسط کارگروه‌های اختلالات خلق و اختلالات کودکی برای کودکان با مشکلات رفتاری و هیجانی شدید ارائه گردید و تشخیص جدیدی است، که اخیراً به پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5^۵ به منظور سنجش تحریک پذیری غیر دوره‌ای (یا مزمن) اضافه شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۶، ۲۰۱۳؛ کارگروه اختلالات کودکی و بزرگ‌سالی DSM-5، ۲۰۱۰). در واقع با افزایش چشمگیر تعداد تشخیص‌های اختلال دو قطبی^۷ در کودکان و نوجوانان، کارگروه DSM-5 (۲۰۱۰) این اختلال جدید را پیشنهاد کرد تا نرخ تشخیص کاذب اختلال دو قطبی در جمعیت جوان را کاهش دهد. در یک مطالعه اولیه که بر روی ۳۲۵۸ شرکت‌کننده ۲ تا ۱۷ ساله انجام شد، اختلال بدتنظیمی خلق مخرب شایع نبود (شیوع سه ماهه ۰/۸٪ تا ۳/۳٪) (کوپلند، انگلد، کاستللو و ایگر^۸، ۲۰۱۳). اما به نظر می‌رسد این اختلال در زمینه بالینی نسبتاً شایع باشد (شیوع ۲۶٪-۳۰٫۵٪) (اکسلسون و همکاران، ۲۰۱۲؛ مارگولیز، وین‌تراوب^۹، باسیل، گروور^{۱۰} و کارلسون، ۲۰۱۲).

اختلال بدتنظیمی خلق مخرب با اختلالات شایع کودکی همبودی دارد. در واقع به‌ندرت به

1. irritable mood
2. Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD)
3. Bamburg & Connor
4. Carlson, Potegal, Margulies, Gutkovich & Basile
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition
6. American Psychiatric Association
7. Bipolar disorder (BD)
8. Copeland, Angold, Costello & Egger
9. Weintraub
10. Grover

تنهایی و بدون همبودی با سایر اختلالات مشاهده می‌شود (همپوشی ۶۳٪-۹۲٪) (کوپلند، شاناهان^۱، ایگر، آنگولد و کاستلو^۲، ۲۰۱۴؛ میز، واکس مونسکی، کالهن و بیکسلر^۳، ۲۰۱۶). از جمله اختلالاتی که با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب همبودی دارد، اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی^۴ (فریمن، یانگ استروم، یانگ استروم و فیندلینگ^۵، ۲۰۱۶) است.

اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، الگوی پایدار بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی/ تکانشگری است که شدیدتر و شایع‌تر از آن است که معمولاً در همسالان بهنجار این کودکان دیده می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی یکی از شایع‌ترین اختلالات رشدی عصبی در کودکان است که حدود ۵٪ کودکان دنیا را تحت تأثیر قرار می‌دهد (پلانزیک، دی لیما، هرتا، بیدرمن و رد^۶، ۲۰۰۷؛ کیانی و هادیان فرد، ۱۳۹۵). نتایج مطالعات، شیوع بیش‌تر این اختلال را در مردان نسبت به زنان (بین ۳ تا ۱۰ برابر) نشان می‌دهد (گاب و کارلسون^۷، ۱۹۹۷). پژوهش‌ها هم نقش عوامل خطر^۸ ژنتیکی (آرنستن^۹، ۲۰۰۹؛ اکس کوفایر^{۱۰}، ۲۰۰۶؛ فرمن^{۱۱}، ۲۰۰۸) و هم عوامل خطر غیرژنتیکی (ژوزف^{۱۲}، ۲۰۰۰؛ فروالیچ^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۱) را در بروز اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی نشان داده‌اند (قمری گیوی، نریمانی و محمودی، ۱۳۹۱).

اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی ممکن است همه وجوه زندگی کودک را تحت تأثیر قرار دهد (عابدی، پیروزیجردی و یارمحمدیان، ۱۳۹۲). در حقیقت، اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی نه تنها

1. Shanahan
2. Costello
3. Mayes, Waxmonsky, Calhoun & Bixler
4. Attention-deficit/hyperactivity (ADHD)
5. Freeman, Youngstrom, Youngstrom, & Findling
6. Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde
7. Gaub & Carlson
8. risk factors
9. Arnsten
10. Excoffier
11. Furman
12. Joseph
13. Froehlich

بر خود کودک، بلکه بر والدین و خواهر و برادرهای او نیز اثر می‌گذارد و موجب آشفتگی خانواده و عملکرد زناشویی می‌شود. اثرات منفی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی بر کودکان و خانواده‌های آن‌ها از سنین پیش‌دبستانی تا ابتدایی و نوجوانی تغییر می‌کند؛ به این صورت که در دوره‌های سنی مختلف، نمودهای متفاوت اختلال خود را نشان می‌دهد. اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی ممکن است تا دوره بزرگ‌سالی باقی بماند و موجب شکست در زندگی حرفه‌ای و شخصی شود (نریمانی، شاهعلی و کیامرثی، ۱۳۹۳؛ موحدی، علیزاده گورادل و محمودعلیلو، ۱۳۹۲). به نظر می‌رسد در جریان پیشرفت اختلال، بروز نشانه‌ها در دوران بزرگ‌سالی تغییر می‌کند (برامهام، یانگ، موریس و آشرسون^۱، ۲۰۰۵ الف، ۲۰۰۵ ب؛ ویز و هاچمن^۲، ۱۹۹۳؛ به نقل از یانگ و برامهام، ۲۰۰۷)؛ بیش‌فعالی و تکانشگری با افزایش سن کاهش پیدا می‌کند، اما مشکلات توجه تا اواسط سنین بزرگ‌سالی و بالاتر ادامه می‌یابد (برامهام و همکاران، ۲۰۰۵ الف، ۲۰۰۵ ب؛ به نقل از یانگ و برامهام، ۲۰۰۷). اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی با افزایش هزینه‌های مراقبت از سلامت برای والدین و اعضای خانواده همراه است (هارپین^۳، ۲۰۰۵).

در بیش‌تر موارد علی‌رغم درمان دارویی نشانه‌های اختلال باقی مانده و در نوجوانی و بزرگ‌سالی نیز فرد مبتلا را آزار می‌دهد. این نشانه‌ها در بسیاری از حوزه‌های زندگی فرد مانند عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی با هم‌سالان و همچنین بزرگ‌سالان ایجاد اختلال می‌کنند. علاوه بر این چنین کودکانی در نوجوانی و بزرگ‌سالی در معرض خطر بیش‌تر ابتلا به رفتارهای ضداجتماعی، سوء مصرف مواد و الکل هستند (بخشایش، ۱۳۸۹).

اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی حداقل با یک اختلال دیگر همبودی دارد (گیلبرگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). همبودی اختلالات دیگر همانند اختلال سلوک، نافرمانی مقابله‌ای، اضطراب، افسردگی، اختلال فراگیر رشد، سندرم تور و سوء مصرف مواد با کمبود توجه / بیش‌فعالی دوران

1. Bramham, Young, Morris & Asherson
2. Weiss & Hechtman
3. Harpin
4. Gillberg

کودکی فراوان است. معمولاً تأخیرهای رشدی در زبان، یادگیری حرکت نیز گزارش شده است (مانوزا و همکاران، ۱۹۹۸ به نقل از یانگ و برامهام، ۲۰۰۷). که وجود آن‌ها در پیامدهای منفی طولانی مدت سهیم است (چرکاسف، سولا، دالنا، پوند و هچمن^۱، ۲۰۱۳). بنابراین شناسایی و درمان اختلالات همبود یک مؤلفه اصلی مدیریت اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی است (مولرنی^۲ و همکاران، ۲۰۱۵).

تا به امروز مطالعات اندکی به بررسی همبودی اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی پرداخته‌اند. در مطالعه افرون^۳ و همکارانش (۲۰۱۴) که بر روی کودکان ۶-۸ ساله انجام گرفت، ۲۱/۸٪ از کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، ملاک-های اختلال بدتنظیمی خلق مخرب را نیز داشتند، درحالی که شیوع آن در گروه کنترل که اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی نداشتند، فقط ۱/۴٪ بود. در مطالعه مولرنی و همکارانش (۲۰۱۵) نیز که بر روی کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی ۶-۸ ساله انجام شد، ۲۱/۸٪ کودکان با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب همبودی داشتند. در مطالعه بلادر^۴ و همکارانش (۲۰۱۶) که با هدف بررسی شیوع و درمان پیامدهای خلق منفی دائمی در کودکان با اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی و رفتار پرخاشگرانه انجام شد، در یک کوهورت ۱۵۶ نفری از کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، ۳۰/۷۷٪ کودکان معیارهای تشخیصی اختلال بدتنظیمی خلق مخرب را قبل از اجرای پروتکل درمانی کامل کردند. همچنین در مطالعه آمبروسینی^۵ و همکارانش (۲۰۱۳) که با هدف بررسی همبستگی‌های بالینی خلق تحریک پذیر^۶ بر روی ۵۰۰ کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی انجام شد، شیوع خلق تحریک پذیر ۲۱٪ در کودکان گزارش شد. لازم به ذکر است که

1. Cherkasova, Sulla, Dalena, Ponde & Hechtman
2. Mulraney
3. Efron
4. Blader
5. Ambrosini
6. irritable mood

شدت تحریک پذیری خلق در این مطالعه به اندازه آن چه در اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در DSM-5 پیشنهاد شده نیست و در حد خفیف تا متوسط است.

نظر به این که کودکان مبتلا به اختلال بدتنظیمی خلق مخرب به علت خلق بالا، بی‌نظمی^۱ در رفتار، همچنین همبودی با سایر اختلالات و مشکلات طولانی مدت (از جمله درصد بالای اخراج از مدرسه، استفاده بیش‌تر از خدمات دولتی و عمومی، درگیری با پلیس و فقر)، در معرض خطر بیش‌تری هستند (کوپلند و همکاران، ۲۰۱۳؛ کوپلند و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین با توجه به آن که در بیش از دو سوم بزرگسالان حداقل یک علامت ناتوان‌کننده‌ی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی باقی می‌ماند (ویز، هچمن، میلروی و پرمان، ۱۹۸۵ به نقل از یانگ و برامهام، ۲۰۰۷)، این اختلال می‌تواند پیامدهای زیانباری در زندگی اجتماعی و فردی داشته باشد. از سوی دیگر تشخیص افتراقی بین اختلال‌های همبود و سایر وضعیت‌هایی که شبیه اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی هستند، از جمله مشکلات پیش‌روی مطالعات همه‌گیر شناسی است (زارع بهرام آبادی و گنجی، ۱۳۹۳) که برای اولویت‌بندی و انجام مداخله زودهنگام اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی، اختلال بدتنظیمی خلق مخرب و یا هر دو اختلال می‌تواند از این گونه پیامدها پیش‌گیری کند. علاوه بر این، کودکانی که هم اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی و هم اختلال بدتنظیمی خلق مخرب دارند، خودکنترلی ضعیف‌تر و رفتارهای زورگویی بیش‌تری نسبت به کودکانی که اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی دارند، ولی اختلال بدتنظیمی خلق مخرب ندارند، نشان می‌دهند (مولر نی و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین تاکنون مطالعات محدودی در زمینه اختلال بدتنظیمی خلق مخرب، خصوصاً در ایران انجام شده است و تاکنون مطالعه‌ای در ایران به بررسی همبودی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب نپرداخته است. با توجه به مطالب ارائه شده، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که میزان همبودی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در کودکان دبستانی ایرانی چند درصد است؟

1. dysregulation

روش

این پژوهش یک مطالعه توصیفی است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری مورد پژوهش شامل کودکان دبستانی مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی شهر شیراز بود. نمونه مورد بررسی شامل ۴۰ کودک دبستانی مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی مراجعه کننده به دو مرکز اختلالات رفتاری و یادگیری شهر شیراز (دلگشا و حافظ) بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. شرایط ورود کودکان به مطالعه، محدوده سنی ۶ تا ۱۲ سال و داشتن تشخیص اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی توسط روان‌پزشک بود. در زمان تشکیل پرونده، تشخیص روان‌پزشک در پرونده کودکان در مراکز مذکور ثبت شده بود. در مدت سه ماه و نیم ۶۰ کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی به این مراکز مراجعه کردند که از این تعداد والدین ۴۰ کودک حاضر به شرکت در مطالعه شدند.

ابزار اصلی پژوهش برای گردآوری اطلاعات در خصوص اختلال بدتنظیمی خلق مخرب همبود با اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی، مصاحبه بالینی ساختار یافته با والدین مولرنی و همکارانش (۲۰۱۵) بود. لازم به ذکر است که از آن جا که همه کودکان در این مطالعه در سنین ۶-۱۲ سال بودند، ملاک سن شروع بیماری برای همه کودکان مثبت بود (ملاک G). در صورتی که شروع ملاک‌های A تا E قبل از ۱۰ سالگی بود، ملاک H مثبت در نظر گرفته شد. همچنین چون ما علاقمند به دانستن هم‌پوشانی اختلال بدتنظیمی خلق مخرب با سایر اختلالات نیز بودیم، ملاک‌های I و J به کار گرفته نشد.

روش اجرا: جهت اجرای پژوهش پس از کسب مجوز از اداره کل آموزش و پرورش فارس و اداره آموزش و پرورش استثنایی، پژوهش‌گر به دو مرکز اختلالات رفتاری و یادگیری حافظ و دلگشا مراجعه نمود و پس از بررسی پرونده‌های کودکان در این مراکز، کودکان با تشخیص اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی توسط روان‌پزشک، شناسایی شدند. و به صورت انفرادی اطلاعاتی در مورد هدف پژوهش به والدین آن‌ها داده شد. در صورت تمایل به شرکت در مطالعه در ابتدا

خصوصیات جمعیت شناختی کودک شامل سن، جنس، وضعیت تحصیلی و شغلی والدین، به علاوه درمان دارویی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی و این‌که کودک با یکی یا هر دو والد زندگی می‌کند، مورد سؤال قرار گرفت و برای بررسی ملاک‌های تشخیصی اختلال بدتنظیمی خلق مخرب بر اساس DSM-5، مصاحبه بالینی ساختار یافته به عمل آمد. ملاک F با پرسش تلفنی از معلمان کودکان مورد بررسی تکمیل شد و نوع اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی از پرونده کودکان در مراکز اختلالات رفتاری که تشخیص روان‌پزشک در آن ثبت شده بود، به دست آمد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی برای ارائه نتایج استفاده شد.

نتایج

هفت کودک از ۴۰ کودک (۱۷/۵٪) مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی، ملاک‌های اختلال بدتنظیمی خلق مخرب را به‌طور کامل کسب کردند. درصد کودکانی که هر یک از ملاک‌های این اختلال را کسب کردند، در جدول ۱ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود ملاک A- C از سایر ملاک‌ها شایع‌تر است (۷۲/۵٪).

جدول ۱. ملاک‌های تشخیصی اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در کودکان مبتلا به کمبود توجه / بیش‌فعالی

ملاک تشخیصی	گزینه‌هایی که برای ارزیابی مورد استفاده قرار گرفت	تعداد	درصد	فراوانی تجمعی
A-C: خشم شدید، مکرر و نامتناسب با سن رشد	ملاک A: "آیا در سال گذشته زمانی وجود داشت که فرزند شما حداقل یک بار در هفته شدیداً عصبانی شود و از کوره در برود؟" اگر پاسخ بله بود: "آیا او حداقل یک بار در هفته به مدت ۶ ماه یا بیش‌تر شدیداً عصبانی می‌شد و از کوره در می‌رفت؟" - نیاز بود که والدین به هر دو سوال پاسخ بله بدهند + ملاک B: اگر تکرار علائم بیش‌تر از دفعاتی بود که معمولاً در همسالان کودک مشاهده می‌شود و نامتناسب با سطح رشدی او بود، این ملاک کسب می‌شد + ملاک C: "اغلب چند بار در هفته شدیداً عصبانی می‌شد و از کوره در می‌رفت؟"، نیاز بود پاسخ والدین "تقریباً هر روز" یا "چند بار در هفته" باشد.	۲۹	۷۲/۵	۷۲/۵
D: خلق منفی	"آیا در سال گذشته زمانی وجود داشت که کودک شما اغلب عصبانی و تحریک پذیر باشد و با کج خلقی کند و حتی چیزهای کوچک کودک را از جا در ببرد؟"، پاسخ والدین باید بله بود.	۱۴	۳۵	۳۳/۳
E: مدت	"شما گفتید که فرزندتان در سال گذشته عصبانی می‌شد و از کوره در می‌رفت... اولین بار چند ساله بود که شما همچین رفتاری از او دیدید؟" - والدین باید گزارش می‌کردند که حمله خشم حداقل ۱۲ ماه تداوم داشته + "بعد از اولین بار، آیا زمانی وجود داشت که کودک این علائم را نداشته باشد؟"، اگر پاسخ بله بود: "آیا پیش از یک سال گذشته تا حالا، کودک باز شروع به نشان دادن چنین رفتارهایی کرده است؟" - والدین باید گزارش می‌کردند که در ۱۲ ماه گذشته، هیچ دوره ۲ ماهه یا بیش‌تر نبود که کودک علائمی نمی‌داشت.	۱۲	۳۰	۳۳/۳
F: چند موقعیت	"آیا کودک اغلب از کوره در می‌رود"، پاسخ معلم باید "کمی درست است" یا "حتماً درست است"، بود.	۲۰	۵۰	۱۷/۵
کل ملاک‌ها	نیاز بود که همه ملاک‌ها کسب شده باشد.	۷	۱۷/۵	۱۷/۵

همبودی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در دانش‌آموزان دبستانی

جدول ۲. خصوصیات کودکان مورد پژوهش

متغیرها	اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی	اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی و اختلال بدتنظیمی خلق مخرب
سن	۹/۱±۱/۸	۱۰±۱/۳
پسر بودن	۲۷ (۸۱/۸)	۶ (۸۵/۷)
نوع اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی		
ترکیبی	۲۵ (۷۵/۸)	۷ (۱۰۰)
نقص توجه	۸ (۲۴/۲)	۰ (۰)
بیش‌فعال	۰ (۰)	۰ (۰)
درمان دارویی کمبود توجه / بیش‌فعالی	۳۱ (۹۳/۹)	۶ (۸۵/۷)
با یکی از والدین زندگی می‌کند	۱ (۳)	۱ (۱۴/۳)
سن مادر	۳۳/۲±۵/۱	۴۰±۸/۲
شغل مادر		
خانه‌دار	۲۳ (۸۵/۲)	۶ (۸۵/۷)
شاغل	۴ (۱۴/۸)	۱ (۱۴/۳)
تحصیلات مادر		
زیر دیپلم	۹ (۲۷/۳)	۳ (۴۲/۹)
دیپلم	۱۴ (۴۲/۴)	۴ (۵۷/۱)
بالتر از دیپلم	۱۰ (۳۰/۳)	۰ (۰)
تحصیلات پدر		
زیر دیپلم	۱۱ (۳۴/۴)	۶ (۸۵/۷)
دیپلم	۱۴ (۴۳/۸)	۱ (۱۴/۳)
بالتر از دیپلم	۷ (۲۱/۹)	۰ (۰)

خصوصیات کودکان مورد پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. تمامی کودکانی که با اختلال

بدتنظیمی خلق مخرب همبودی داشتند، از نوع ترکیبی کمبود توجه / بیش‌فعالی بودند و تقریباً

۸۵/۷٪ آنان پسر بودند. و سطح تحصیلات پدر و یا مادرشان دیپلم یا کم‌تر از آن بود.

Vol.7, No.2/95-114

دوره‌ی ۷، شماره‌ی ۲/۱۱۴-۹۵

جدول ۳. خصوصیات کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی مورد پژوهش که با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب همبودی داشتند

جنسیت کودک	پسر	دختر	پسر	پسر	پسر	پسر	پسر
سن کودک	۹	۱۲	۹	۱۱	۹	۹	۱۰/۵
نوع اختلال	ترکیبی	ترکیبی	ترکیبی	ترکیبی	ترکیبی	ترکیبی	ترکیبی
فرزند چندم خانواده	اول	اول	دوم	سوم	سوم	اول	دوم
تعداد فرزندان	۱ پسر	۱ دختر	۲ پسر	۱ پسر-۲ دختر	۳ پسر	۱ پسر	۱ پسر-۱ دختر
تحصیلات پدر	دیپلم	اول دبیرستان	سیکل	سیکل	سیکل	-	سیکل
تحصیلات مادر	دیپلم	دیپلم	پنجم ابتدایی	دیپلم	دوم نهضت	دیپلم	چهارم ابتدایی
شغل پدر	آزاد	کارگر	سرایدار	آزاد	آتش نشان	-	کارگر
شغل مادر	کارمند	خانه دار	خانه دار	خانه دار	خانه دار	خانه دار	خانه دار
سن مادر	۳۰	۳۷	۴۵	۴۴	۴۰	۵۳	۳۱
درمان دارویی	بله	خیر	بله	بله	بله	بله	بله
اختلالات همبود	اضطراب	نافرمانی	نافرمانی	-	نافرمانی مقابله‌ای	نافرمانی مقابله‌ای	نافرمانی مقابله‌ای
سایر ملاحظات	کودک در ۲ سالگی تحت جراحی قلب قرار گرفته که هنوز خاطرات ناخوشایند آن را به خاطر می‌آورد. پدر و مادر کودک طلاق گرفته اند و با مادر زندگی می‌کند.	مادر در برابر درمان دارویی برای کودک مقاومت نشان می‌دهد.	مادر در برابر درمان دارویی برای کودک مقاومت نشان می‌دهد.	مادر در برابر درمان دارویی برای کودک مقاومت نشان می‌دهد.	مادر در برابر درمان دارویی برای کودک مقاومت نشان می‌دهد.	مادر در برابر درمان دارویی برای کودک مقاومت نشان می‌دهد.	مادر در برابر درمان دارویی برای کودک مقاومت نشان می‌دهد.

خصوصیات کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی مورد پژوهش که با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب همبودی داشتند در جدول ۳ نشان داده شده است. از ۷ کودک، یک کودک (۱۴/۳٪) با اختلال اضطرابی^۱، ۵ کودک (۷۱/۴٪) با اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۲ و ۴ کودک (۵۷/۱٪) با اختلال سلوک^۳ همبودی داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه بررسی همبودی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب بود. نتایج مطالعه همبودی ۱۷/۵ درصدی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در کودکان را نشان داد. در مطالعات گذشته درصد همبودی بین ۲۱/۸٪ تا ۳۰/۷۷٪ گزارش شده است (افرون و همکاران، ۲۰۱۴؛ مولرنی و همکارانش، ۲۰۱۵؛ بلادر و همکارانش، ۲۰۱۶). حجم نمونه، روش نمونه‌گیری و مواردی از این دست می‌تواند منبع اختلاف نتایج باشد. در مطالعه افرون و همکارانش (۲۰۱۴) و مولرنی و همکارانش (۲۰۱۵)، ۳۹ کودک از ۱۷۹ کودک مبتلا به کمبود توجه / بیش‌فعالی (۲۱/۸٪) با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب همبودی نشان دادند. کودکان با اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی مورد مطالعه ۶ تا ۸ ساله بودند، از ۴۳ مدرسه ملیبورن انتخاب شده بودند و با توجه به ارزیابی والدین و معلمان بر اساس پرسش‌نامه کانرز حائز ملاک‌های اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی بودند، درحالی‌که در مطالعه حاضر، نمونه کودکان با اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی، نمونه بالینی بودند که از طرف مدارس برای درمان به مراکز مشکلات رفتاری ارجاع داده شده بودند، حجم نمونه کم‌تر (۴۰ نفر) بود، سن آن‌ها بین ۶ تا ۱۲ سال بود و اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی آن‌ها بر مبنای تشخیص روان‌پزشک بود. در مطالعه بلادر و همکارانش (۲۰۱۶)، کودکان مورد مطالعه، ۱۵۶ کودک مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی همراه با

1. Anxiety disorder
2. Oppositional defiant disorder (ODD)
3. Conduct disorder (CD)

رفتارهای پرخاشگرانه بودند که همبودی بیش‌تر اختلال بدتنظیمی خلق مخرب (۳۰/۷۷٪) در آن‌ها نسبت به پژوهش حاضر، به علت رفتارهای پرخاشگری، دور از انتظار نبود.

همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد اختلال بدتنظیمی خلق مخرب، اختلالی است که با تحریک پذیری مزمن و شدید شناخته می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). تحریک پذیری؛ داشتن آستانه پایین برای تجربه خشم در پاسخ به ناکامی تعریف می‌شود (لین لوفت^۱، ۲۰۱۱). تحریک پذیری در کودکان و بزرگسالان معمول است ولی علامت اصلی اختلال بدتنظیمی خلق مخرب است (دونی^۲ و همکارانش، ۲۰۱۳).

در واقع تحریک پذیری یک نشانه ناهمگن^۳ است که بر پایه شدت و دوره ای یا دائمی (غیر دوره ای) بودن، ممکن است با اختلال‌های دیگر روان‌پزشکی ارتباط تشخیصی یا پیش‌بینی‌کننده متفاوتی داشته باشد. هر چه تحریک‌پذیری بیش‌تر باشد، اختلال عملکرد بیش‌تری را موجب می‌شود. تحریک‌پذیری ممکن است شاخص خطر بالقوه برخی اختلال‌های روان‌پزشکی باشد، همان‌گونه که پرفشاری خون یک عامل خطر برای حمله‌های قلبی است (استرینگریس^۴، ۲۰۱۱؛ به نقل از شیرازی، شعبانی و علاقبندراد، ۱۳۹۳).

در دوران کودکی، تحریک‌پذیری معیار تشخیصی شش اختلال روان‌پزشکی: اختلال دوقطبی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال افسردگی اساسی^۵، اختلال اضطراب فراگیر^۶، اختلال افسرده‌خویی^۷ و اختلال استرس پس از سانحه^۸ است، هر چند ممکن است از معیارهای ضروری نباشد (لین لوفت^۹، ۲۰۱۱؛ به نقل از شیرازی و همکاران، ۱۳۹۳). در کودکان و نوجوانان، تحریک‌پذیری‌های

1. Leibenluft
2. Deveney
3. heterogeneous
4. Stringaris
5. Major depressive disorder (MDD)
6. Generalized anxiety disorder (GAD)
7. Dysthymic disorder (DD)
8. Posttraumatic stress disorder (PTSD)
9. Leibenluft

دائمی بیش‌تر با اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک و اختلال افسردگی اساسی در سال‌های بعد همراه است (لین لوفت، چارنی، توین، بهانگو و پین^۱، ۲۰۰۳؛ به نقل از شیرازی و همکاران، ۱۳۹۳).

تحریک‌پذیری یک معیار تشخیصی برای اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی نیست، اما انفجارهای خشم و نقص در تنظیم هیجان (تحریک‌پذیری مزمن) غالباً در این اختلال مشاهده می‌شود (کارلسون و مییر^۲، ۲۰۰۶). در اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی، تحریک‌پذیری در حد کم‌تابی برای سرخوردگی^۳ است و به شدت تحریک‌پذیری‌های موجود در اختلال‌های خلقی نیست. شدت، دفعات و آسیب‌زایی تحریک‌پذیری در کودکان با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب بسیار بیش‌تر است (شیرازی و شهریور، ۲۰۰۹). در مطالعه‌ای که توسط اوران و کلیس^۴ انجام شد (۲۰۱۵) نشان دادند که کودکان با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب را از اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی از نوع ترکیبی را با نرخ بالاتر همبودی، الگوی رفتاری و عملکرد خانوادگی مختل^۵ می‌توان تمایز داد. تحریک‌پذیری در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی یک علامت قوی برای افزایش همبودی است (آمبروسینی، ۲۰۱۳). تحریک‌پذیری بیمارگون در کودکان با اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی، بدتنظیمی هیجانی^۶ در این کودکان را به خوبی نشان می‌دهد (شاو، استرینگریس، نینگ^۷ و لین لوفت، ۲۰۱۴). بدتنظیمی هیجانی را می‌توان دشواری در کنترل کردن اثرات برانگیختگی هیجانی بر افکار، اعمال و تعاملات تعریف کرد (زمان، کاسانو، پری-ریش و استگال^۸، ۲۰۰۶).

1. Charney, Towbin, Bhangoo & Pine
2. Meyer
3. low frustration tolerance
4. Uran & Kılıç
5. impaired
6. Emotional dysregulation
7. Shaw, P., Stringaris, A., Nigg
8. Zeman, Cassano, Perry-Parrish, & Stegall

در یک مطالعه مروری شاو و همکارانش (۲۰۱۴) سه مدل مفهومی^۱ به منظور تبیین ارتباط اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی و بدتنظیمی هیجانی ارائه کردند. مدل اول بدتنظیمی هیجانی را به عنوان مؤلفه جدایی‌ناپذیر و هسته اصلی ویژگی‌های اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی در نظر می‌گیرد که همانند بیش‌فعالی، تکانشگری و بی‌توجهی در مرکزیت مشخصه‌های اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی قرار می‌گیرد. در مدل دوم، ترکیب اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی و بدتنظیمی هیجانی را یک اختلال معجزا تعریف می‌کند. مدل سوم بیان می‌کند که علائم اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی و بدتنظیمی هیجانی متمایز هستند، ولی ابعاد همبسته‌ای دارند که تا حدی با هم پوشانی تأیید می‌شوند، ولی آسیب‌های شناختی عصبی متمایزی دارند. شواهد کنونی برای انتخاب دقیق یک مدل از میان این مدل‌ها کافی نیست. با این وجود، بدتنظیمی هیجانی در حدود ۲۵-۴۵٪ در کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی گزارش شده است (شاو و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که بدتنظیمی هیجانی و رفتاری در اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی معمولاً منتج به علائمی مانند: تحریک‌پذیری، بی‌صبری، خشم، سرخوردگی^۲ و پرخاشگری واکنشی می‌شود (بارکلی، ۲۰۱۰؛ فریک و ویدینگ، ۲۰۰۹). احتمالاً در انتهای کران، بدتنظیمی هیجانی خود را به عنوان یک فاکتور اصلی سبب‌شناسی انفجارهای شدید و مکرر خشم و تحریک‌پذیری در اختلال بدتنظیمی خلق مخرب، بروز می‌دهد (شاو و همکاران، ۲۰۱۴).

در مطالعه حاضر نرخ بالای همبودی (تقریباً ۸۶٪) بین اختلال بدتنظیمی خلق مخرب با حداقل یک اختلال روان‌پزشکی دیگر و خصوصاً اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک مشاهده شد. این نتیجه با مطالعات قبلی هم‌خوانی دارد (مولرنی و همکاران، ۲۰۱۵؛ کویلند و همکاران، ۲۰۱۳؛ اکسلسون و همکاران، ۲۰۱۲؛ مارگولیز و همکاران، ۲۰۱۲). اختلال بدتنظیمی خلق مخرب تقریباً همیشه با اختلالات دیگر همبود است (کویلند و همکاران، ۲۰۱۳). لازم به یادآوری است که در صورت وجود علائم هر دو اختلال بدتنظیمی خلق مخرب و اختلال نافرمانی مقابله‌ای، DSM-5

1. Conceptual models
2. Low frustration threshold

توصیه می‌کند که تشخیص اختلال بدتنظیمی خلق مخرب گذاشته شود. این نکته خود از موارد بحث‌برانگیز در مورد اختلال بدتنظیمی خلق مخرب است. برخی مطالعات علائم اختلال بدتنظیمی خلق مخرب را به عنوان ویژگی‌های چند اختلال-خصوصا اختلال نافرمانی مقابله‌ای- می‌دانند که به تنهایی خود را نشان نمی‌دهد. و معتقدند این موضوع، اعتبار اختلال بدتنظیمی خلق مخرب را به عنوان یک تشخیص مستقل زیر سؤال می‌برد (میز و همکاران، ۲۰۱۶؛ میز و همکاران، ۲۰۱۵).

نقطه قوت این مطالعه آن است که برای نخستین بار به بررسی همبودی اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی با اختلال بدتنظیمی خلق مخرب در ایران پرداخته است. از جمله محدودیت‌های این مطالعه یکی حجم کم نمونه و دیگری آن است که تشخیص اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی در تمام آزمودنی‌ها توسط یک روان‌پزشک یا مصاحبه بالینی ساختار یافته انجام نشده است. از این‌رو، جهت دستیابی به نرخ همبودی پایا در کشورمان، لزوم تکرار مطالعه بر روی نمونه بزرگ‌تری از بیماران پیشنهاد می‌گردد. به علاوه لزوم توجه و تشخیص همبودی اختلال بدتنظیمی خلق مخرب جهت به‌کارگیری روش‌های درمانی مناسب برای اختلال کمبود توجه / بیش‌فعالی توصیه می‌گردد.

منابع

- بخشایش، علیرضا (۱۳۸۹). تشخیص و درمان اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه. یزد؛ انتشارات دانشگاه یزد.
- زارع بهرام آبادی، مهدی و گنجی، کامران. (۱۳۹۳). بررسی شیوع اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و همبودی آن با اختلال یادگیری در دانش‌آموزان دبستانی. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، (۴)، ۳، ۴۳-۲۵.
- شیرازی، الهام؛ شعبانی، امیر و علاقبندراد، جواد (۱۳۹۳). تحریک پذیری‌های شدید و دائمی در کودکان: چالش‌های تشخیصی و نقش DSM. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۰، ۲۸-۱۴.
- شیرازی، الهام و شهریور، زهرا (۱۳۸۸). دشواری‌های تشخیص اختلال دوقطبی در کودکان: از چارچوب تشخیصی رسمی تا معیارهای تشخیصی آشفستگی شدید در تنظیم خلق. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۵، ۱۴۶-۱۲۸.

- کیانی، بهناز و هادیان فرد، حبیب (۱۳۹۵). تأثیر درمان مبتنی بر آموزش مراقبه ذهن آگاهی بر بی‌نظمی هیجانی در نوجوانان ADHD غیر بالینی. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۵(۱)، ۱۳۸-۱۱۸.
- قمری گیوی، حسین؛ نریمانی، محمد و محمودی، هیوا (۱۳۹۱). اثربخشی نرم افزار پیشبرد شناختی بر کارکردهای اجرایی، بازداری پاسخ و حافظه کاری کودکان دچار نارساخوانی و نقص توجه. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۵(۳)، ۱۳-۱.
- عابدی، احمد؛ پیروزیجردی، معصومه؛ یارمحمدیان، احمد (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش توجه بر عملکرد ریاضی دانش آموزان با ناتوانی یادگیری ریاضی. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۲)، ۱۰۶-۹۲.
- موحدی، یزدان؛ علیزاده گورادل، جابر و محمودعلیلو، مجید (۱۳۹۲). مقایسه‌ی بی‌حوصلگی در افراد مبتلا به اختلال ریاضی، اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و افراد عادی. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۳(۲)، ۷۳-۹۰.
- نریمانی، محمد؛ شاهعلی، اعظم و کیامرثی، آذر (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر انگیزش تحصیلی دانش آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کم توجهی. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۳(۴)، ۱۴۲-۱۲۸.
- نریمانی، محمد و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۲). اثربخشی توان بخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی (حافظه کاری و توجه) و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان دارای اختلال یادگیری ریاضی. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۲(۳)، ۹۱-۱۱۵.
- یانگ، سوزان و برامهام، جسیکا. (۲۰۰۷). اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در بزرگسالان: راهنمای درمان‌های روان‌شناختی. ترجمه: حبیب هادیان فرد، صغری استوار و افروز بهرامیان (۱۳۹۵). شیراز: دانشگاه شیراز، مرکز نشر.

- Abedi, A., Pirooz Zijerdi, M. & Yarmohammadian, A. (2012). The effectiveness of training attention on mathematical performance of students with mathematics learning disability. *Journal of Learning Disabilities*, 2(1), 92-106. (Persian).
- Ambrosini, P. J., Bennett, D. S. & Elia, J. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder characteristics: II. Clinical correlates of irritable mood. *Journal of Affective Disorders*, 145(1), 70-76.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Arnsten, A. F. T. (2009). The Emerging Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The Key Role of the Prefrontal Association Cortex. *The Journal of Pediatrics*, 154(5), I-S43.
- Axelson, D., Findling, R. L., Fristad, M. A., Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Horwitz, S. M. & Birmaher, B. (2012). Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in the longitudinal assessment of mania symptoms study. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 1342-1350.
- Bambauer, K. Z., & Connor, D. F. (2005). Characteristics of aggression in clinically referred children. *CNS Spectrums*, 10(9), 709-718.
- Bakhshayesh, A. (2010). Diagnosis and treatment of ADHD. Yazd: Yazd press. (Persian).
- Barkley, R. (2010). Deficient emotional self-regulation: A core component of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1, 5-37.
- Blader, J. C., Pliszka, S. R., Kafantaris, V., Sauder, C., Posner, J., Foley, C. A. Margulies D. M. (2016). Prevalence and Treatment Outcomes of Persistent Negative Mood Among Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Aggressive Behavior. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(2), 164-173.
- Carlson, G. A., Potegal, M., Margulies, D., Gutkovich, Z., & Basile J. (2009). Rages: what are they and who has them? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19(3), 281-288.
- Carlson, G., A., Meyer, S., E. (2006). Phenomenology and diagnosis of bipolar disorder in children, adolescents, and adults: complexities and developmental issues. *Development and Psychopathology Journal*, 18, 939-969.
- Cherkasova, M., Sulla, E. M., Dalena, K. L., Ponde, M. P., & Hechtman, L. (2013). Developmental course of attention deficit hyperactivity disorder and its predictors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 47.
- 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.
- 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., Erkanli, A., Costello, E., J., & Angold, A. (2013). Indirect comorbidity in childhood and adolescence. *Frontiers in Psychiatry*, 4;4:144.
- Deveney, C., M., Connolly, M., E., Haring, C., T., Bones, B., L., Reynolds, R., C., Kim, P. & Leibenluft, E. (2013). Neural mechanisms of frustration in chronically irritable children. *The American journal of psychiatry*, 170(10), 1186-94.
- DSM-5 Childhood and Adolescent Disorders Work Group. (2010). Justification for Temper Dysregulation Disorder with Dysphoria. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Efron, D., Sciberras, E., Anderson, V., Hazell, P., Ukoumunne, O. C., Jongeling, B., . . . Nicholson, J. M. (2014). functional status in children with ADHD at age 6-8: a controlled community study. *Journal of Pediatrics*, 134(4), e992-e1000.

- Excoffier, E. (2006). What is child attention deficit hyperactivity disorder? *Rev Prat*, 56, 371-378.
- 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.
- Frick, P., & Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 21, 1111-1131.
- Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chiridiatgumchai, V., Kuan, L., & Gilman, R. C. (2011). Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current psychiatry reports*, 13(5), 333-344.
- Furman, L. M. (2008). (ADHD): Does New Research Support. *Journal of Child Neurology*, 23, 775-784.
- Ghamari Givi, H., Narimani, M. & Mahmoodi, H. (2012). The effectiveness of cognition-promoting software on executive functions, response inhibition and working memory of children with dyslexia and attention deficit/ hyperactivity disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 1(2), 98-115. (Persian).
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-1045.
- Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjo, B., Soderstrom, H., Rastam, M. & Niklasson L. (2003). Co-existing disorders in ADHD-implications for diagnosis and intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), 80-92.
- Harpin, V. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease in Childhood*, 90(Suppl 1), 2-7.
- Joseph, J. (2000). Not in Their Genes: A Critical View of the Genetics of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Review*, 20(4), 539-567.
- Kiani, B. & Hadian Fard, H (2016). The Effect of Meditation Education Based on Mental Awareness on Emotional Disorders in Non-Clinical ADHD Adolescents. *Journal of Learning Disabilities*, 5 (1), 138-118. (Persian)
- Leibenluft E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *The American journal of psychiatry*, 168, 129-142.
- 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? *Bipolar Disorders*, 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.
- Mayes, S. D., Mathiowetz, C., Kokotovich, C., Waxmonsky, J., Baweja, R., Calhoun S. L. & Bixler, E., O. (2015). Stability of Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms

- (Irritable-Angry Mood and Temper Outbursts) Throughout Childhood and Adolescence in a General Population Sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(8), 1543-1549.
- Mulraney, M., Schilpzand, E. J., Hazell, P., Nicholson, J. M., Anderson, V., Efron, D. & Sciberras, E. (2015). Comorbidity and correlates of disruptive mood dysregulation disorder in 6-8-year-old children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(3), 321-330.
- Movahedi, Y., Alizadeh Goradel, J. & Mahmoud Allilo, M (2015). A comparison of boredom in people with maldical dysfunction, attention deficit disorder / hyperactivity disorder and normal people. *Journal of Learning Disabilities*, 3 (2), 90-73. (Persian).
- Narimani, M., Shahali, A. & Kiamrasi, A (2014). The Effectiveness of Parent Management Training on Educational Motivation of Students with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 3 (4), 142-128. (Persian)
- Narimani, M. & Soleymani, E. (2013). The effectiveness of cognitive rehabilitation on executive functions (working memory and attention) and academic achievement in students with math learning disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 2(3), 91-115. (Persian).
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J. & Leibenluft, E. (2014). Emotional dysregulation and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293.
- Shirazi, E., Shabani, A. & Alaghband-Rad, J. (2014). Severe and Nonepisodic Irritabilities in Children: Diagnostic Debates and DSM Role. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 20(1), 14-28. (Persian).
- Shirazi, E. & Shahrivar, Z. (2009). Diagnostic debates of childhood bipolar disorder: From the formal diagnostic criteria to the severe mood dysregulation. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15(2), 128-146. (Persian).
- Uran, P., & Kılıç, B. G. (2015). Family Functioning, Comorbidities, and Behavioral Profiles of Children With ADHD and Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Journal of Attention Disorders*, Advance online publication.
- Zare Bahram Abadi, M. & Ganji, K. (2014). Evaluation of prevalence of attention deficit / hyperactivity disorder and its association with learning disabilities in primary school students. *Journal of Learning Disabilities*, (4) 3, 43-25. (Persian).
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, 155-168.

Comorbidity of attention deficit/hyperactivity disorder with disruptive mood dysregulation disorder in elementary school children

M. Abbasi¹, S. Roosta^۲ & H, Ahmadi^۳

Abstract

The aim of this descriptive study was to examine comorbidity of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) in elementary school children. The population included all elementary students with ADHD. To achieve the above aim, 40 elementary students were selected through purposive sampling. After certainty of psychiatric diagnosis of ADHD, a structured clinical interview of parents was used to diagnose the cases with DMDD. The results showed that seven children (17.5%) with ADHD met diagnostic criteria for DMDD. Based on this finding, for using appropriate treatment methods for ADHD, it's necessary to identify if there is a case of comorbidity of ADHD and DMDD or no.

Keywords: Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), child, comorbidity, disruptive mood dysregulation disorder (DMDD).

1. Corresponding Author: Assistant Professor of Psychology, Salman Farsi University of Kazerun, Kazerun (moslem_abbasi83@yahoo.com)

2. M. A student in General Psychology, Salman Farsi University of Kazerun, Kazerun

3. M. A of General Psychology, Islamic Azad University, Saveh Science Research Center