



The Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy Based on Parental Education on Emotion Regulation and Irritability in Students with Disruptive Mood Disorders

Abbas Asghari Sharabiani^{1*}, Akbar Atadokht², Nader Hajloo³, Niloofar Mikaeili⁴

1- Phd Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2-Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

3- Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

4- Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Corresponding Author: Abbas Asghari Sharabiani, Phd Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Received: 21 July 2022

Accepted: 5 Nov 2022

Abstract

Introduction: Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) is a new disorder with challenging diagnosis and treatment. As a result, standard irritability therapies must be used in order to obtain therapeutic implications for the aforementioned disorder. The Aim of this study was to determine the efficacy of cognitive behavior therapy based on parental education on emotion regulation and irritability in students with disruptive mood disorders.

Methods: The research method was semi-experimental, with pre-test and post-test groups, and contained control and follow-up session. The study's statistical population included all male high school students in East Azarbaijan province during the academic year 2020–2021. The study population included 30 students with disruptive mood disorders who were chosen through a nonprobability purposive sampling method. The Stringaris et al. (2012) Emotional Affective Reactivity Index, the Gross and John Emotion Regulation Questionnaire (2003), and the clinical interview based on the DSM-5 were used to collect data. The data were analyzed using analysis of anova with repeated measure and via statistical package for social sciences version 18.

Results: Family-based cognitive behavioral therapy was found to be significantly effective in reducing irritability and regulating emotions in students with disruptive mood dysregulation disorders ($p < 0/001$). Furthermore, the Bonferroni correction test results revealed that the educational effect persisted throughout the follow-up period ($p > 0/05$).

Conclusions: The current study's findings support the efficacy of family-based cognitive-behavioral therapy and dialectical therapy in reducing irritability and regulating emotions in students with disruptive mood dysregulation disorder. Therefore, its use is recommended for treatment specialists in the field of disruptive mood dysregulation disorder.

Keywords: Disruptive Mood Dysregulation Disorder, Emotion Regulation, Irritability, Behavioral Cognitive Therapy.



اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر تنظیم هیجان و تحریک پذیری

دانش آموزان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاگر

عباس اصغری شریانی^{۱*}، اکبر عطادخت^۲، نادر حاجلو^۳، نیلوفر میکاییلی^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۴- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

نویسنده مسئول: عباس اصغری شریانی، دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۹/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۳۰

چکیده

مقدمه: اختلال بی نظمی خلق اخلاگر یک اختلال جدید با چالش های متعدد در زمینه تشخیص و درمان می باشد. از همین رو به کار بستن درمان های استاندارد در زمینه تحریک پذیری برای بدست آوردن نتایج درمانی در این اختلال ضرورت می یابد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر تنظیم هیجان و تحریک پذیری دانش آموزان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاگر بود.

روش کار: روش تحقیق پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون با پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه اول استان آذربایجان شرقی در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش ۳۰ دانش آموز دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاگر بود که از طریق نمونه گیری هدفمند غیر تصادفی انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از شاخص واکنش پذیری عاطفی استرینگاریس و همکاران (۲۰۱۲)، پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) و مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-5 استفاده شد. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با استفاده از نسخه ۱۸ بسته آماری برای علوم اجتماعی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد رفتار درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش خانواده در کاهش تحریک پذیری و تنظیم هیجان دانش آموزان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاگر به طور معناداری موثر بوده است ($P < 0/001$). همچنین نتایج آزمون بنفرونی حاکی از ادامه دار بودن اثر آموزشی در دوره پیگیری بود ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر از کارایی درمان شناختی رفتاری و پایداری آن در جهت کاهش تحریک پذیری و تنظیم هیجان دانش آموزان مبتلا به اختلال بی نظمی خلق اخلاگر حمایت می کند. بنابراین استفاده از آن برای متخصصان حوزه درمان در زمینه اختلال بی نظمی خلق اخلاگر توصیه می گردد.

کلیدواژه ها: اختلال بی نظمی خلق اخلاگر، تنظیم هیجان، تحریک پذیری، درمان شناختی رفتاری.

زیرا بر روی ایجاد مهارت در طول عمر متمرکز هستند (۱۰). از آنجایی که کودکان مبتلا به اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر میزان بالایی از اختلالات هم آیند و از بی ثباتی تشخیصی برخوردار هستند، بنابراین برای خانواده‌ها لازم است مهارت‌های مبتنی بر رفتار را توسعه دهند. مطالعات بهبودی در بیماران مبتلا به اختلال خلقی با آموزش درمان شناختی و رفتاری و آموزش والدین را نشان داده است (۱۱). قبل از بررسی پیشینه پژوهش قابل ذکر است که تاکنون مطالعه جامعی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در تنظیم هیجانات افراد دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر نپرداخته و ادبیات پژوهشی در مورد درمان این اختلال محدود می باشد با این حال در معدود مطالعاتی به اثربخشی این روش درمانی در تنظیم هیجان صحنه گذاشته شده است. برای مثال نتایج یافته‌های شیبانی، میکاییلی و نریمانی (۱۲) نشان داد درمان شناختی رفتاری باعث کاهش تحریک پذیری، افسردگی، اضطراب و کاهش هیجانات منفی و افزایش هیجانات مثبت در دانش آموزان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر می شود. در پژوهش کیرکانسکی، کلایتون، لیبولوفت و بروتمن (۱۳) که بر روی ده نوجوان مبتلا به اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر با هدف آموزش چگونگی تحمل نشانه‌هایی که به عنوان تهدیدآمیز سوء تفسیر می شوند و باعث تشدید تحریک پذیری می شود صورت گرفت نتایج نشان داد ر درمان شناختی رفتاری باعث کاهش معنادار نمرات اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر شد.

تحریک پذیری به عنوان تمایل به خشم در پاسخ به ناامیدی تعریف می شود. از نظر بالینی تحریک پذیری یک مشکل مهم بهداشت عمومی است از این رو نیاز به روان‌درمانی‌هایی وجود دارد که تحریک‌پذیری شدید را همانگونه که در اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر ظاهر می‌شود هدف قرار دهد (۱۴). محققان دریافته‌اند که محیط نقش عمده‌ای در ایجاد تحریک‌پذیری و اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر به عنوان نمودی از تحریک‌پذیری مزمن دارد (۱۵). با توجه به مطالعات متمرکز بر کودک، مداخلاتی مانند درمان شناختی رفتاری برای کنترل خشم و پرخاشگری کودکان دارای اختلالات خلقی مخرب ایجاد شده است (۹). نتایج این برنامه‌ها امیدوار کننده بوده و نشان می‌دهد که چنین مداخلاتی می‌تواند به کاهش

هنگامی که کودکان به ناامیدی با کج خلقی یا حالت‌های خشم طولانی مدت پاسخ می‌دهند، آنها را تحریک‌پذیر می‌نامند. اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر فراتر از تحریک‌پذیری به طغیان‌های خشم شدید، مخرب و مزمن در یک سندرم اطلاق می‌شود (۱). اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر برای رسیدگی به تشخیص بیش از حد مشکل‌ساز اختلال دوقطبی و افزایش مصرف آنتی‌سایکوتیک‌ها و داروهای چندانگانه در نوجوانان طراحی شد. بررسی‌ها نشان می‌دهد معرفی اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر در کاهش تشخیص اختلال دوقطبی موفقیت‌آمیز بوده اما افزایش تجویز داروهای آنتی‌سایکوتیک و چندانگانه بویژه در اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر نسبت به اختلال دوقطبی افزایشی بوده است (۲). بر اساس تحقیقات اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر یک موجودیت تشخیصی متمایز است و به میزان قابل توجهی در کودکان بستری در بیمارستان رخ می‌دهد، اما این تشخیص شامل همه کودکان با دوره‌های خصومت یا تحریک‌پذیری نمی‌شود. تلاش‌ها برای تعیین مناسب‌ترین مرزها، سبب‌شناسی، ژنتیک و پاسخ به درمان برای تعیین اعتبار سندرمی آن و هدایت مراقبت‌های بالینی در حال انجام است (۳). اگرچه اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر یک اختلال نسبتاً جدید تعریف شده است، اما مطالعات متعددی در مورد فراوانی وقوع این بیماری منتشر شده است (۴). در یک مطالعه جدید شیوع این اختلال در کودکان تایوانی با شیوع ۰/۳ تا ۰/۷۶ درصد بدست آمد (۵). در مطالعه‌ای دیگر بر روی گروهی از نوجوانان نیز میزان شیوع اختلال سه درصد تعیین شد (۶).

مدیریت اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر باید بر روی کمک به کودکان و نوجوانان در تنظیم اختلال هیجان آنها تمرکز کند (۷). شواهد معتبری برای درمان شناختی رفتاری به عنوان روشی برای درمان خشم و پرخاشگری وجود دارد (۸). نکته مهم در این مسئله این است که والدین یک جزء اساسی در درمان شناختی رفتاری برای خشم و پرخاشگری هستند (۹). مطالعات اولیه از درمان شناختی رفتاری و آموزش والدین به عنوان درمان خط اول پشتیبانی می‌کنند. از اینرو توصیه به درمان شناختی - رفتاری و درمان‌های مشابه کاربردی است

علائم اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر کم‌کم کند و در کاهش علائم نسبی تحریک‌پذیری مؤثر باشند (۱۶). برای مثال نتایج مطالعه موردی روی یک پسر ۱۰ ساله با شکایت اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر نشان داد بعد از ۱۵ جلسه درمان شناختی رفتاری کاهش قابل توجهی در علائم اصلی اختلال از جمله خشم، پرخاشگری و تحریک‌پذیری صورت گرفت (۱۷). در مطالعه موردی دیگر بر روی دختر ۹ ساله مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر همراه با نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه و سابقه اختلالات اضطرابی نشان داد درمان شناختی رفتاری باعث کاهش چشمگیر علائم خشم، پرخاشگری و تحریک‌پذیری شد (۱۸). همچنین در پژوهش کیرکانسکی و همکاران (۱۳) که بر روی ده نوجوان مبتلا به اختلال خلق اخلاک‌گر با هدف آموزش چگونگی تحمل نشانه‌هایی که به عنوان تهدیدآمیز سوء تفسیر می‌شوند و باعث تشدید تحریک‌پذیری می‌شود صورت گرفت نتایج نشان داد رفتار درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش معنادار نمرات اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر شد. با توجه به پیشینه پژوهش لزوم بررسی روش‌های درمانی مختلف از جمله درمان شناختی رفتاری برای دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر برای بدست آوردن شواهد علمی و مستدل در درمان اختلال مهم و ضروری به نظر می‌رسد. از آنجایی که تحریک‌پذیری و دشواری در تنظیم هیجانات تأثیرات منفی زیانباری بر زندگی مبتلایان به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر دارد و از سویی پژوهش کافی در حوزه درمان به ویژه کارایی درمان شناختی رفتاری بر این اختلال صورت نگرفته است نتایج این پژوهش می‌تواند راهگشای مفیدی در حوزه درمان و زمینه‌ساز پژوهش‌های بعدی باشد. بنابراین هدف از این پژوهش پاسخ به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین در تنظیم هیجان و تحریک‌پذیری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر مؤثر است؟

روش کار

روش تحقیق نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول مراجعه‌کننده به هسته‌های مشاوره ادارات آموزش و پرورش

استان آذربایجان شرقی در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش ۳۰ دانش‌آموز دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر بود که از طریق نمونه‌گیری هدفمند غیرتصادفی انتخاب شدند. بدین منظور با مراجعه به هسته مشاوره ادارات آموزش و پرورش ۵ شهرستان استان (از هر جهت جغرافیایی یک شهرستان) و بررسی لیست دانش‌آموزان ارجاع شده با مشکلات بیرونی شده (تحریک‌پذیری و پرخاشگری) و اجرای پرسشنامه واکنش‌پذیری عاطفی استرینگاریس و همکاران (۱۹) و غربال آنها توسط مصاحبه بالینی تشخیصی بر اساس آخرین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۰) توسط پژوهشگر تعداد ۳۶ دانش‌آموز با تشخیص اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند. با توجه به افت آزمودنی در گروه آزمایش (۳ نفر) و کنترل (۲ نفر) برای همسان‌سازی گروه‌ها نمونه نهایی به ۳۰ نفر تقلیل یافت (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل). لازم به ذکر است ملاک ورود به پژوهش شامل داشتن اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر و عدم وجود اختلالات روانپزشکی دیگر، دامنه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال و تحصیل در مقطع متوسطه اول و تمایل و رضایت به شرکت در پژوهش تا انتهای آن و معیار خروج از پژوهش نیز شامل شرکت همزمان در برنامه‌های روان‌درمانی دیگر و عدم همکاری و غیبت در جلسات درمانی (بیش از دو جلسه) بود. شرکت در پژوهش اختیاری بود و رضایت شرکت‌کنندگان و والدین آنها قبل از اجرای پژوهش جلب شد. برای گردآوری داده‌های پژوهش از شاخص واکنش‌پذیری عاطفی استرینگاریس و همکاران (۱۹) جهت انتخاب مبتلایان به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر و بررسی تحریک‌پذیری آنها استفاده شد. این پرسشنامه برای بررسی تحریک‌پذیری در کودکان و نوجوانان به دو شیوه خود‌گزارشی و سؤال از والدین آنها ساخته شده است. در نسخه خود‌گزارشی از کودکان و نوجوانان خواسته می‌شود که به جملات حاوی توصیف رفتارشان پاسخ دهند. این پاسخ‌ها در یک طیف سه‌درجه‌ای ۰= نادرست، ۱= تا حدی درست و ۲= کاملاً درست تنظیم شده و دامنه نمرات از صفر تا ۱۲ می‌باشد. همچنین در نسخه خود‌گزارشی توسط کودکان و نوجوانان نمره برش آزمون چهار در نظر گرفته می‌شود. یافته‌های حاصل از پایایی آزمون به واسطه روش همسان‌سازی درونی نشان می‌دهد

تکنیک های بازدارنده برای رفتارهای منفی و راهبردهایی جهت ایجاد رفتارهای مثبت صورت گرفت. در جلسه سوم آموزش پیشگیری از تعارض با کودک از طریق آموزش استدلالی و منطقی رفتارهای مطلوب از جمله یادگیری و تمرین مهارت‌های تربیتی و پرورشی جدید در خانه توسط والدین بیان شد. در جلسه چهارم به آموزش تکنیک‌های حل مسئله و استفاده از راهبردهای انضباطی غیرخشن از جمله محروم سازی به جای شیوه‌های غیرسازنده توسط والدین پرداخته شد. جلسه پنجم به آموزش قرارداد وابستگی به منظور کاهش رفتارهای تکانشی کودک و تقویت رفتارهای مثبت اختصاص داده شد.

در جلسه های ششم و هفتم بازسازی شناختی در جهت شناخت و درمان باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد والدین در ارتباط با خود و فرزندان بیان و مثال‌هایی در این زمینه زده شد. در جلسه های هشتم و نهم به آموزش مهارت های ارتباطی و ابراز وجود کارآمد جهت برطرف سازی نیازهای خود از طریق رفتارهای سازنده و معقول پرداخته شد و ارزیابی و مرور کلی از جلسات صورت گرفت. در طی جلسات مداخله ای برای گروه آزمایش هیچگونه مداخله ای بر روی گروه کنترل صورت نگرفت. پس از پایان جلسات از هر دو گروه آزمون مجدد گرفته شد تا اختلاف میانگین نمرات دو نوبت آزمون، مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. همچنین پس از گذشت ۲ ماه از اتمام جلسات درمانی، دوره پیگیری صورت گرفت. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون بنفرونی تحلیل شدند.

یافته ها

شرکت کنندگان پژوهش ۳۰ دانش آموز مبتلا به اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر با دامنه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال و میانگین سنی $13/91 \pm 1/37$ بود. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار مولفه های تنظیم هیجان (شامل بازداری هیجان و ارزیابی مجدد) و اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر (تحریک پذیری) در گروه درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر آموزش والدین و گروه کنترل در سه دوره زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است.

که این پرسشنامه از پایایی قابل ملاحظه ای برخوردار می- باشد. سازندگان پرسشنامه ضریب پایایی این پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ در نمونه آمریکایی ۰/۸۸ و در نمونه بریتانیایی ۰/۹۰ گزارش کردند (۱۹). در یک پژوهش ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد. همچنین روایی آزمون با استفاده از روایی محتوا به تایید متخصصان امر رسید و از لحاظ روایی همگرا آزمون همبستگی معناداری با افسردگی، اضطراب و استرس داشت (۱۲). در این پژوهش مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد. همچنین برای بررسی هیجان دانش آموزان دارای اختلال بی نظمی خلق اخلاک‌گر از پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۱) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ده گویه بوده و دو خرده مقیاس بازداری هیجانی (۴ گویه) و ارزیابی مجدد شناختی (۶ گویه) را می‌سنجد. آزمودنی به هر گویه این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات برای خرده مقیاس بازداری هیجان از ۴ تا ۲۸ و برای خرده مقیاس ارزیابی مجدد شناختی ۴ تا ۴۲ می‌باشد. ضریب همسانی درونی در خرده مقیاس ارزیابی مجدد شناختی برای مردان ۰/۷۲ و برای زنان ۰/۷۹ بدست آمده است (۲۱). سلیمانی و حبیبی (۲۲) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس های ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۱ و بازداری هیجانی ۰/۷۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۰ و برای بازداری هیجانی ۰/۷۳ بدست آمد.

پس از دریافت مجوزهای لازم از آموزش و پرورش و هماهنگی لازم جهت اجرای مداخله، پدران دانش آموزان گروه آزمایش طی ۹ جلسه ۷۵ دقیقه ای در طی یکماه (هر هفته دو جلسه) توسط پژوهشگر تحت آموزش درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر اساس نظریه بارکلی (۲۳) قرار گرفتند. محتوای مداخله در نه جلسه بدین شرح صورت گرفت: جلسه نخست: آشنایی، ارزیابی وضعیت اختلال و توضیح در مورد ماهیت اختلال، برقراری ارتباط با والدین و توضیح در مورد اهداف جلسات و چگونگی برگزاری آنها صورت گرفت. در جلسه دوم کار بر روی شناخت رفتارهای تحریک پذیر کودکان و پیامدهای هیجانی و رفتاری آنها و آموزش

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد تحریک پذیری و مولفه های تنظیم هیجان در گروه درمان شناختی-رفتاری و گروه کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری

متغیر	مرحله	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ارزیابی مجدد	آزمایش	۲۴/۹۳	۰/۷۹	۲۸/۲۶	۱/۸۳	۲۶/۳۳	۱/۱۱
	کنترل	۲۳/۹۳	۱/۹۴	۲۴/۰۶	۲/۷۶	۲۴/۵۳	۲/۶۶
بازداری هیجانی	آزمایش	۱۹/۶۰	۱/۴۵	۱۵/۸۰	۱/۰۱	۱۶/۶۶	۱/۱۷
	کنترل	۱۹/۷۳	۱/۷۰	۱۹/۰۱	۱/۸۱	۱۹/۱۳	۱/۴۰
تحریک پذیری	آزمایش	۸/۴۶	۰/۹۱	۳/۸۷	۰/۶۴	۴/۷۳	۰/۹۶
	کنترل	۸/۲۷	۱/۰۴	۷/۶۶	۱/۸۷	۷/۷۴	۱/۳۸

آزمون تحریک پذیری ($F=۱/۰۱$ ، $P=۰/۲۷$) و پیگیری ($F=۰/۶۲$ ، $P=۰/۴۳$) گزارش شد. همچنین نتایج آماره لوین برای پس آزمون ارزیابی مجدد ($F=۳/۹۹$ ، $P=۰/۰۶$) و بازداری هیجان ($F=۲/۶۵$ ، $P=۰/۰۹$) و در مرحله پیگیری برای آزمون ارزیابی مجدد ($F=۲/۴۹$ ، $P=۰/۱۱$) و بازداری هیجان ($F=۰/۱۹$ ، $P=۰/۶۶$) گزارش شد که نشان دهنده رعایت مفروضه همگنی واریانس ها می باشد. نتایج آزمون کرویت-موجلی برای متغیر تحریک پذیری ($P=۰/۸۵$) و $MW=۰/۹۸۸$ ، ارزیابی مجدد ($P=۰/۴۱$ و $MW=۰/۹۳۷$) و بازداری هیجانی ($P=۰/۸۹$ و $MW=۰/۹۹۱$) بود که در هر سه متغیر معنادار نیست و شرط کرویت برقرار است.

جهت مقایسه میانگین هادر سه مرحله آزمایش کنترل و پیگیری از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نرمال بودن داده های پژوهش با استفاده از آزمون کولوموگروف-اسمیرنف صورت گرفت که برای مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بزرگتر از $۰/۰۵$ بود و داده ها از توزیع نرمال برخوردار بودند. از مفروضه های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر آزمون های ام باکس، لوین و کرویت موجلی بررسی شدند. عدم معناداری آماره ام باکس نشان دهنده رعایت مفروضه همگنی ماتریس کواریانس متغیرهای پژوهش بود ($P>۰/۰۵$). برای همگنی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد که برای پس

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر گروه های آزمایش، کنترل و پیگیری در مراحل پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p	ضریب اتا
تحریک پذیری	زمان	۱۱۵/۲۸	۲	۵۷/۶۴	۳۹/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	زمان×گروه	۶۷/۲۰	۲	۳۳/۶۰	۲۳/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	خطا	۸۱/۵۱	۵۶	۱/۴۵			
ارزیابی مجدد	زمان	۴۵/۴۲	۲	۲۲/۷۱	۸/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۲۳
	زمان×گروه	۴۱/۶۰	۲	۲۰/۸۰	۷/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۲۲
	خطا	۱۴۵/۶۴	۵۶	۲/۶۰			
بازداری هیجان	زمان	۸۵/۰۸	۲	۴۲/۵۴	۲۲/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	زمان×گروه	۳۸/۴۶	۲	۱۹/۲۳	۹/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	خطا	۱۰۷/۷۷	۵۶	۱/۹۲			

پژوهش در هر یک از این متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد ($P<۰/۰۵$). در ادامه برای مقایسه زوجی میانگین های زمانی از آزمون بنفرونی استفاده شده است.

بر اساس نتایج جدول ۲ تعامل مراحل پژوهش با گروه برای متغیر تحریک پذیری $۰/۵۸$ ، برای ارزیابی مجدد $۰/۲۲$ و برای متغیر بازداری هیجانی $۰/۲۶$ در سطح $۰/۰۰۱$ معنادار است. نتایج حاکی از این می باشد که بین گروه های

جدول ۳: نتایج آزمون بنفرونی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری

مؤلفه	مراحل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
تحریک پذیری	پس آزمون	۴/۵۹	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۳/۷۳	۰/۴۳	۰/۰۰۱
ارزیابی مجدد	پس آزمون	۳/۳۳	۰/۸۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱/۴۲	۰/۶۴	۰/۰۴
بازداری هیجانی	پس آزمون	۳/۸۱	۰/۵۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲/۹۴	۰/۵۲	۰/۰۰۱
تحریک پذیری	پس آزمون	۰/۸۶	۰/۹۶	۰/۰۶
	پیش آزمون	۱/۹۳	۱/۴۶	۰/۴۴
بازداری هیجانی	پس آزمون	۰/۸۶	۱/۰۵	۰/۰۷
	پیش آزمون			

جهت درمان در حال حاضر مناسب به نظر می رسد و متخصصان به طور کلی توصیه می کنند که درمان با استفاده از رفتار درمانی شناختی همراه با آموزش مدیریت والدین شروع شود (۲۶-۲۷). شاید دلیل این تاکید این باشد که درمان شناختی رفتاری مدت‌هاست استراتژی‌های معینی (برای مثال، ارزیابی مجدد) را برای تنظیم هیجان به کار می‌گیرد و هدف بارز چند نمونه از درمان‌های جدید نیز تنظیم هیجان است (۲۸). اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر به‌طور معمول نوعی اختلال بی‌نظمی هیجانی محسوب می‌شود. گرچه تحریک‌پذیری نوعی پاسخ عاطفی منفی است، مزمین بودن این پاسخ که مؤلفه اصلی اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر است بیانگر توانایی محدود در تنظیم این هیجان است. علاوه بر این، طغیان شدید خشم که بیانگر تنظیم ضعیف پاسخ‌های عاطفی منفی است از مشخصات بارز اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر و احتمالاً بیانگر شکل شدیدتری از تحریک‌پذیری است (۲۹-۳۰). به طور کلی افراد مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر در تلاش برای تنظیم هیجانات خود غالباً به رفتارهای تکانه‌ای و غیرمفیدی متوسل می‌شوند که توسط محیط تحمیل شده و با کاهش هیجانات نامناسب همراه است. درمان شناختی رفتاری موجهی از بدکارکردی‌های شناختی از جمله هیجانات منفی را مورد آماج قرار داده و علاوه بر ایجاد جهان بینی جدید در بیماران آنها را برای مواجهه با مشکلات بین فردی و هیجانی آماده می‌کنند.

بخش دیگر نتایج پژوهش نشان داد آموزش درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین به طور معناداری باعث کاهش تحریک‌پذیری در دوره‌های زمانی پس آزمون و

با توجه به جدول ۳ تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در متغیرهای تحریک‌پذیری، ارزیابی مجدد و بازداری هیجانی معنادار است ($p < 0.05$). همچنین تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری مؤلفه تحریک‌پذیری، ارزیابی مجدد و تنظیم هیجان معنادار نیست و نشان می‌دهد اثرات آموزشی در دوره پیگیری تداوم داشته است ($p > 0.05$).

بحث

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین بر تنظیم هیجان و تحریک‌پذیری دانش‌آموزان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر بود. با توجه به فقر ادبیات پژوهش در حوزه درمان اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر در تبیین یافته‌های پژوهش از درمان‌های مشابه استفاده می‌شود. چنانچه یکی از انتقاداتی که از ابتدا نسبت به افزودن اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر به DSM-5 وجود داشت این بود که این اختلال در غیاب هرگونه درمان مبتنی بر شواهد، برچسب تشخیصی جدیدی را به پزشکان ارائه کرد (۲۴). نتایج بخشی از پژوهش نشان داد آموزش درمان شناختی رفتاری به طور معناداری باعث بهبود تنظیم هیجان در دوره‌های زمانی پس آزمون و پیگیری شد. این یافته پژوهش به طور مستقیم و غیرمستقیم با نتایج مطالعات شیبانی و همکاران (۱۲)، کیرکانسکی و همکاران (۱۳) و اسکات و اوکانر (۲۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته پژوهش می‌توان چنین گفت که بر اساس ادبیات پژوهشی محدود برای اختلال بی‌نظمی خلق اختلال‌گر تنها چند دستورالعمل کلی

کوتاه‌مدت برای تداوم اثرات درمانی ضروری باشد (۳۳).

نتیجه گیری

تحقیقات در مورد اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر در مراحل مقدماتی بوده و روز به روز بر گستره و ابعاد آن افزوده می‌شود. با این حال تاکنون درمان استاندارد برای این اختلال تایید نشده و پیشنهادات درمانی در حد شواهد پژوهشی می‌باشند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش والدین می‌تواند باعث افزایش شناخت جامع تر والدین نسبت به اختلال فرزند خود شده و درک صحیح تری در برخورد با مشکلات بویژه در حوزه تعاملات بین فردی با فرزند مبتلا خود کسب کنند. تمامی این موارد موجب تنظیم هیجان در مبتلایان شده و به تبع آن باعث کاهش تحریک پذیری در مبتلایان می‌شود. بنابراین نتایج این پژوهش می‌تواند در جهت تنظیم و تسهیل ارتباطات خانوادگی بین نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر و والدینشان راهگشا باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر فقدان مطالعات درمانی کافی در مورد اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر بود که تبیین نتایج و بحث در مورد آنها را با مشکل مواجه ساخت و این امر مستلزم انجام مطالعات درمانی متعدد می‌باشد. همچنین نمونه پژوهش محدود به مبتلایان پسر و مقطع متوسطه اول بود که در تعمیم نتایج پژوهش باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پژوهش‌های مشابه در جامعه هدف اختلال بویژه در مقطع ابتدایی و دانش-آموزان دختر صورت گیرد و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه محقق اردبیلی به شماره ۹۹/د/۲۰/۲۴۴۱۸ و کد اخلاق (IR.UMA.REC.1400.068) از دانشگاه محقق اردبیلی می‌باشد.

تضاد منافع

در نگارش این مقاله بین نویسندگان هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

پیگیری شد. این یافته پژوهش به طور مستقیم و غیرمستقیم با نتایج مطالعات ایوانز و همکاران (۱۶)، کیرکانسکی و همکاران (۱۳)، دیکسیت و همکاران (۱۷)، تودور و همکاران (۱۸) و شیبانی و همکاران (۱۲) همسو می‌باشد. در تبیین این نتیجه پژوهش می‌توان گفت که برخی از والدین نوجوانان دارای اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر ممکن است با اطلاع از اینکه باید رفتار خود را در قبال فرزند خود اصلاح کنند شگفت زده شده یا حالت تدافعی به خود می‌گیرند. والدین همچنین ممکن است انتظارات غیرواقع بینانه-ای در مورد تناسب رشدی رفتار فرزندان خود داشته باشند یا بر روی تعاملات منفی با فرزند خود تمرکز زیادی داشته باشند. بنابراین باید صریحاً از طریق آموزش روانشناختی، افزایش آگاهی نسبت به رفتارهای مثبت کودک و پرورش تعاملات مثبت غیر جهت‌دار والدین با کودک مورد توجه قرار گیرد (۳۱). مدل پاتوفیزیولوژیک فعلی تحریک پذیری بر ارتباط عوامل محیطی در ظهور و حفظ تحریک پذیری تأکید دارد (۲۶). کودکان تحریک پذیر محیط‌هایی را تجربه می‌کنند که در آن پاداش‌ها و تنبیه‌ها به طور متناقض ارائه می‌شود و والدین را به تقویت ناخواسته (و حفظ) رفتار مخرب کودک سوق می‌دهد (۳۱). بنابراین رفتار والدین عامل مهمی در تشدید یا بهبود رفتارهای برون‌ریزی شده نوجوان داشته و از این رو آموزش والدین می‌تواند پرخاشگری کودک را کاهش داده و از تحریک‌پذیری آنان بکاهد (۳۲). شواهد بسیاری برای درمان شناختی رفتاری به‌عنوان درمانی برای خشم و پرخاشگری وجود دارد (۸). از آنجایی که طغیان خشم، خلق خشمگین و پرخاشگری از علائم اصلی اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر است، درمان شناختی رفتاری برای کودکانی که با معیارهای تشخیصی این اختلال جدید مطابقت دارند مفید است. برای مثال یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی اثربخشی روان‌درمانی را به‌ویژه در نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه بررسی کرده که تحت درمان داروهای محرک روانی و نیز مبتلا به نسخه تشخیصی اولیه‌ای از اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر بنام بی‌نظمی شدید خلقی بودند (۳۳). این مطالعه به طور کلی نشان می‌دهد که درمان‌های رفتاری برگرفته از اصول درمان شناختی رفتاری و آموزش مدیریت به والدین ممکن است در جوانان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق اخلاک‌گر مفید باشد، اگر چه ممکن است جلسات تقویتی

References

- Knopf A. Preschool children can have DMDD: DSM changes in the offing?. The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter. 2020; 36(12): 5-6. <https://doi.org/10.1002/cbl.30508> <https://doi.org/10.1002/cbl.30591> <https://doi.org/10.1002/cbl.30495>
- Findling RL, Zhou X, George P, Chappell PB. Diagnostic trends and prescription patterns in disruptive mood dysregulation disorder and bipolar disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2022; 61(3): 434-45. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.05.016>
- Wiggins JL, Briggs-Gowan MJ, Brotman MA, Leibenluft E, Wakschlag LS. Toward a developmental nosology for disruptive mood dysregulation disorder in early childhood. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2021; 60(3): 388-97. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.04.015>
- Chase D, Harvey PD, Pogge DL. Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) in psychiatric inpatient child admissions: Prevalence among consecutive admissions and in children receiving NOS diagnoses. Neurology, Psychiatry and Brain Research. 2020; 38: 102-6. <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2020.11.001>
- Lin YJ, Tseng WL, Gau SS. Psychiatric comorbidity and social adjustment difficulties in children with disruptive mood dysregulation disorder: A national epidemiological study. Journal of affective disorders. 2021; 281: 485-92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.039>
- Laporte PP, Matijasevich A, Munhoz TN, Santos IS, Barros AJ, Pine DS, Rohde LA, Leibenluft E, Salum GA. Disruptive Mood Dysregulation Disorder: symptomatic and syndromic thresholds and diagnostic operationalization. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2021; 60(2): 286-95. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.12.008>
- Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Kessel EM, Carlson GA, Klein DN. Disruptive mood dysregulation disorder at the age of 6 years and clinical and functional outcomes 3 years later. Psychological Medicine. 2016; 46(5): 1103-14. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002809>
- Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. Aggress Violent Behav. 2004; 9(3): 247-69. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.08.005>
- Sukhodolsky DG, Seahill L. Cognitive-behavioral therapy for anger and aggression in children. New York: Guilford Press. 2012.
- Baweja R, Mayes SD, Hameed U, Waxmonsky JG. Disruptive mood dysregulation disorder: current insights. Neuropsychiatric disease and treatment. 2016; 12: 2115-24. <https://doi.org/10.2147/NDT.S100312>
- Tapia V, John RM. Disruptive mood dysregulation disorder. The Journal for Nurse Practitioners. 2018; 14(8): 573-8. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.07.007>
- Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M. The effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy and Emotion Regulation Training on Irritability, Depression, anxiety, and emotion regulation in adolescents with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. Clinical Psychology. 2020; 12(2): 41-50. [Farsi]
- Kircanski K, Clayton ME, Leibenluft E, Brotman MA. Psychosocial treatment of irritability in youth. Curr. Treat. Options Psychiatry. 2018; 5(1): 129-40. <https://doi.org/10.1007/s40501-018-0141-5>
- Naim R, Kircanski K, Gold A, German RE, Davis M, Perlstein S, Clayton M, Revzina O, Brotman MA. Protocol: Across-subjects multiple baseline trial of exposure-based cognitive-behavioral therapy for severe irritability: a study protocol. BMJ Open. 2021; 11(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039169>
- Knopf A. Genetic and environmental relationships between two kinds of irritability and DMDD proxy. The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter. 2019; 35(8): 3-4. <https://doi.org/10.1002/cbl.30363> <https://doi.org/10.1002/cbl.30422>
- Evans SC, Weisz JR, Carvalho AC, Garibaldi PM, Bearman SK, Chorpita BF. Effects of standard and modular psychotherapies in the treatment of youth with severe irritability. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2020; 88(3): 255-68. <https://doi.org/10.1037/ccp0000456>
- Dixit A, Mahour P, Agarwal V. Cognitive Behavioural Therapy for Disruptive Mood Dysregulation Disorder. Indian Journal

- of Mental Health. 2020; 7(2): 158-62. <https://doi.org/10.30877/IJMH.7.2.2020.158-162>
18. Tudor ME, Ibrahim K, Bertschinger E, Piasecka J, Sukhodolsky DG. Cognitive-behavioral therapy for a 9-year-old girl with disruptive mood dysregulation disorder. *Clinical Case Studies*. 2016; 15(6): 459-75. <https://doi.org/10.1177/1534650116669431>
 19. Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, Brotman MA. The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012; 53(11): 1109-17. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02561.x>
 20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition. Washington DC: American Psychiatric Association. 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
 21. Gross JJ, Joh OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003; 85(2): 348-62. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
 22. Soleimani E, Habibi Y. The relationship between emotion regulation and resiliency with psychological well-being in students. *School Psychology*. 2015; 3(4): 51-72. [Farsi]
 23. Barkley R. *Opposition children: Parent education program: Clinical Psychology Guide for assessment and treatment of behavioral problems and the children of opposition*. Alizadeh H, Sajadi H.(Persian translators). First edition. Tehran: Roshd Publishing. 2011.
 24. Parker G, Tavella G. Disruptive mood dysregulation disorder: A critical perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2018; 63(12): 813-5. <https://doi.org/10.1177/0706743718789900>
 25. Scott S, O'Connor TG. An experimental test of differential susceptibility to parenting among emotionally-dysregulated children in a randomized controlled trial for oppositional behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012; 53(11): 1184-93. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02586.x>
 26. Brotman MA, Kircanski K, Leibenluft E. Irritability in children and adolescents. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2017; 13: 317-41. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-044941>
 27. Bruno A, Celebre L, Torre G, Pandolfo G, Mento C, Cedro C, Zoccali RA, Muscatello MR. Focus on Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A review of the literature. *Psychiatry research*. 2019; 279: 323-30. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.043>
 28. Gratz KL, Weiss NH, Tull MT. Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current opinion in psychology*. 2015; 3: 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.02.010>
 29. Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *American Journal of Psychiatry*. 2009; 166(9): 1048-54. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121849>
 30. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*. 2011; 168(2): 129-42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050766>
 31. Linke J, Kircanski K, Brooks J, Perhamus G, Gold AL, Brotman MA. Exposure-based cognitive-behavioral therapy for disruptive mood dysregulation disorder: An evidence-based case study. *Behavior Therapy*. 2020; 51(2): 320-33. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.007>
 32. Pilling S, Gould N, Whittington C, Taylor C, Scott S. Recognition, intervention, and management of antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance. *Bmj*. 2013; 346: 33-5. <https://doi.org/10.1136/bmj.f1298>
 33. Waxmonsky JG, Waschbusch DA, Belin P, Li T, Babocsai L, Humphery H, Pariseau ME, Babinski DE, Hoffman MT, Haak JL, Mazzant JR. A randomized clinical trial of an integrative group therapy for children with severe mood dysregulation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016; 55(3): 196-207. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.12.011>