

اثربخشی درمان رفتاری- شناختی گروهی در بهبود نشانگان اختلال نقص توجه/بیش فعالی بزرگسالی و افسردگی، اضطراب و عزت نفس همراه با آن

اسماعیل خیرجو^۱، علی قره داغی^۲، فریبا جعفری روشن^۳،
و منصور حرفه دوست^۴

در سالهای اخیر درمانهای متنوع غیر دارویی برای درمان اختلال کمبود توجه- بیش فعالی توسعه داده شده است. اکثر این درمانهای غیر دارویی حوزه‌هایی مشترک نقصان‌های مرتبط با نقص توجه/بیش فعالی نظیر مشکلات تحصیلی، کاری، روابط بین فردی، و کارکردهای اجرایی را مورد هدف قرار داده‌اند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان رفتاری- شناختی گروهی، در بهبود نشانگان اصلی اختلال نقص توجه/بیش فعالی بزرگسالی و افسردگی و اضطراب، عزت نفس همراه با آن در دانشجویان بود. برای این منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل، ۳۰ نفر از دانشجویان (۱۲ دختر، ۱۸ پسر) با تشخیص بیش فعالی، به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) کاربندی شدند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از اتمام مداخلات و یک ماه پس از اتمام جلسات، از نظر میزان اختلال بیش فعالی- کمبود توجه، اضطراب، افسردگی، و عزت نفس مورد آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته ۲ جلسه) مداخله‌ی رفتاری- شناختی را دریافت کردند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره‌ی مختلط (درون گروهی- بین گروهی) نشان داد که درمان رفتاری- شناختی گروهی در بهبود نشانگان اختلال نقص توجه/بیش فعالی، افزایش عزت نفس و کاهش افسردگی و اضطراب دانشجویان دارای اختلال بیش فعالی- کمبود توجه اثر بخش است.

واژگان کلیدی: اختلال نقص توجه/بیش فعالی بزرگسالان، درمان شناختی رفتاری

مقدمه

ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که نشانگان و نواقص مربوط به اختلال بیش فعالی- کمبود توجه برای اکثر افرادی که اولین بار این تشخیص را در نوجوانی یا کودکی دریافت می‌کنند، تا بزرگسالی پایدار می‌ماند (بایدمن، ۲۰۰۸، رامسی و روستین، ۲۰۱۴). شیوع جهانی این اختلال حدود ۶/۵ درصد برآورد می‌شود

۱. دپارتمان مطالعات خانواده، دانشگاه شهیدمدنی آذربایجان، تبریز، ایران

۲. دپارتمان علوم تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول) drgharadghi@gmail.com

۳. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران ۳

۴. دپارتمان سنجش و اندازه گیری، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران ایران

(پلانزایک، لیما، هورتا، بایدرمن و روهده، ۲۰۰۷) و در بیش از ۵۰ درصد افراد این نشانگان تا بزرگسالی دوام دارد. این اختلال می‌تواند مسبب مشکلات بسیار زیادی در امر آموزش، جامعه، زندگی زناشویی، و شغل شود (کیم، لی و یانگ، ۲۰۰۱۳). اگر چه نقص توجه/بیش‌فعالی به عنوان یکی از محتمل‌ترین اختلالات روانپزشکی با بیشترین مشکلات در زندگی روزمره افراد محسوب می‌شود، جالب است که افراد بسیار کمی درمانهای مناسب را دریافت می‌کنند، (کسلر، آدلر، آمس، دملا و فاراوان و هایریبی، ۲۰۰۵). تحقیقات نشان می‌دهند که دارو درمانی به تنهایی درمان ناکافی برای اکثر بزرگسالان دارای اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه است، (گالتایر و جانسون، ۲۰۰۸، ویلنر، بایدرمن و اسپنسر، ۲۰۰۰). اگر چه دارو درمانی احتمالاً اکثر نشانگان هسته‌ای (نقص توجه/بیش‌فعالی، مشکلات توجه، فعالیت بالا، تکانشگری) را کاهش می‌دهد، این درمان برای بیماران راهبردها و مهارت‌های عینی را بدست نمی‌دهد. در نتیجه توصیه می‌شود، درمانهای روان‌شناختی برای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در کنار استفاده از دارو بکار برده شود (سافرمن، اسپریچ، میماج، نوز، گراوز و اتو، ۲۰۱۰). در سالهای اخیر درمانهای متنوع غیر دارویی برای درمان اختلال کمبود توجه-بیش‌فعالی توسعه داده شده است. اکثر این درمانهای غیر دارویی حوزه‌هایی مشترک نقصانهای مرتبط با نقص توجه/بیش‌فعالی نظیر مشکلات تحصیلی، کاری، روابط بین فردی، و کارکردهای اجرایی را مورد هدف قرار داده‌اند. به ویژه، درمانهای روان‌شناختی که برای حل مشکلات بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی تطبیق داده شده‌اند به عنوان درمانهای غیر دارویی دارای مبنای قدرتمندی برای درمان ظاهر شده‌اند. اکثر این درمانها معطوف بر درمانهای رفتاری-شناختی بوده که مداخلات رفتاری مشتمل بر راهبردهایی برای حل مشکلات بدکارکردی اجرایی را نیز مورد هدف قرار داده‌اند و اکثر این مطالعات اولیه در مورد اثربخشی CBT برای بزرگسالان به صورت مطالعات کنترل نشده بوده‌اند، اگر چه در کل نتایج مثبتی از آنها حاصل شده است (رامسی، ۲۰۱۰).

مطالعات پیامدهای بالینی نشانگر این می‌باشد که درمان رفتاری شناختی که برای مسایل مرتبط با اختلال کمبود توجه مورد تعدیل واقع شده و موجب بهبود در نشانگان نقص توجه/بیش‌فعالی شده و همچنین موجب بهبود در نشانه‌های دیگر روانی نظیر خلق، اضطراب، یا عزت نفس می‌شود (روستین و رامسی، ۲۰۰۶). درمان رفتاری-شناختی در اصل برای درمان افسردگی بسط داده شده، اما اخیراً برای درمان نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالی تعدیل داده شده است (مک دورمت، ۲۰۰۰؛ رامسی و روستین، ۲۰۰۸؛ رامسی و روستین، ۲۰۰۶). در کل، هدف اصلی درمان رفتاری-شناختی توجه و تمرکز آن بر تعدیل افکار و باورهای مشکل آفرین به منظور ایجاد تغییر در هیجانات و رفتارها است.

این توجه برای بزرگسالان دارای نقص توجه/بیش‌فعالی که باورهای منفی درباره خود و جهان دارند ضرورت دارد. این درمان همچنین برای اختلالات همبود (نظیر اضطراب، افسردگی) و مشکلات کارکردی (نظیر مدیریت ضعیف زمان) که معمولاً در افراد دارای نقص توجه/بیش‌فعالی مشاهده می‌شوند، مفید می‌باشد (روستین و رامسی، ۲۰۰۶). در کل، مدل درمانی که معطوف بر آموزش روش-های مدیریت زمان، مهارت‌های سازمانی، مهارت‌های تصمیم‌گیری، خود آشکارسازی و پاداش، تغییر شناخت‌ها و باورهای غلط در بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مثرتر می‌باشد (بارکلی و مورفی، ۲۰۰۶). کاربرد CBT برای بزرگسالان دارای نقص توجه/بیش‌فعالی در همین چند سال اخیر مورد توجه واقع شده است و به همین خاطر تحقیقات کمی در مورد اثربخشی این درمانها صورت گرفته است. ویلنز، اسپنسر و بایدرمن (۲۰۰۰)، مزایای بالقوه درمان شناختی را که توأم با دارو بود را در بزرگسالان دارای نقص توجه/بیش‌فعالی مورد بررسی قرار دادند. این درمان در بهبود نشانگان نقص توجه/بیش‌فعالی و کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی و کارکرد کلی موثر بود. سافرن، اسپریچ، واینت، ویلنز و بایدرمن، (۲۰۰۵)، نتایج مشابهی را در مطالعه با بزرگسالان نقص توجه/بیش‌فعالی گزارش کردند. با توجه به آنچه گفته شد، در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال بودیم که آیا درمان رفتاری-شناختی موجب کاهش نشانگان اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه، افسردگی و استرس و افزایش عزت نفس افراد دارای علائم ADHD می‌شود؟

روش

این پژوهش یک پژوهش نیمه آزمایشی با طرح اندازه‌گیریهای مکرر عامل بین گروهی بود. جامعه‌ی پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه آزاد واحد خوی بود. از این جامعه ۵۱۰ نفر به شیوه‌ی در دسترس انتخاب و با مقیاس درجه بندی اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه کانر^۱ غربال و ۳۰ نفر که بالاترین نمره‌ها را در این مقیاس کسب کرده بود انتخاب و در دو گروه آزمایشی و گواه کاربندی شدند. آزمودنی‌ها قبل، بعد و ۲ ماه بعد از اتمام پژوهش با مقیاس درجه بندی اختلال بیش‌فعالی-کمبود توجه کانر، پرسشنامه‌ی افسردگی بک^۲، پرسشنامه‌ی استرس عمومی ادراک شده^۳، و پرسشنامه‌ی عزت نفس کوپر اسمیت^۴ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

1. Conners' Adult ADHD Rating Scale-Screening
2. Beck Depression Inventory
3. Perceived Stress Scale
4. Cooper Smith Self Esteem Inventory

مقیاس درجه بندی اختلال بیش فعالی- کمبود توجه کانر و همکاران برای بزرگسالان تنظیم شده است. این مقیاس به صورت خود گزارشی است و توسط کانرز، ارهاد و اپارو (۱۹۹۹) ساخته شده است. اعتبار و پایایی این مقیاس مورد تایید قرار گرفته است (کانرز و همکاران، ۱۹۹۹؛ کریستیانسن، ۲۰۱۰). در پژوهش فعلی ضرایب آلفای کرونباخ برای هر چهار خرده مقیاس بین ۸۱/۸ تا ۸۷/۰ بدست آمد. پرسشنامه افسردگی بک از ۲۱ سوال تشکیل شده است. هر سوال از ۴ جمله مرتبط با افسردگی تشکیل می‌شود. آزمون افسردگی بک، یکی از معتبرترین آزمون‌های تشخیصی برای ارزیابی شدت و علائم افسردگی (در دوسطح روانی و جسمانی) در نوجوانان و بزرگسالان (گروه سنی ۱۳ سال به بالا) می‌باشد. این آزمون دارای ۲۱ سوال بوده و علائم افسردگی در دو هفته گذشته در فرد را بررسی می‌کند. این آزمون از قدرت تشخیصی بالایی برای متمایز کردن افراد دارای افسردگی از افراد نرمال دارد. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه تایید شده است (قاسمزاده، مجتبیایی، کرمقادری و همکاران، ۲۰۰۵).

مقیاس استرس عمومی ادراک شده (PSS) از ۱۴ سوال برای سنجش میزان ادراک فرد از موقعیت‌های منجر به استرس فرد در زندگی طراحی شده است. پاسخ‌ها بر اساس یک مقیاس ۵ درجه لیکرتی (۰-۴ هرگز، ۴ در اغلب اوقات) درجه‌بندی شده‌اند. اعتبار و پایایی این پرسشنامه تایید شده است (کوهن و مرملستین، ۱۹۸۳). ضریب آلفای کرونباخ در نمونه مربوط به پژوهش فعلی برابر با ۸۷/۰ بدست آمد. پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت از ۵۸ سوال تشکیل می‌شود که ۸ ماده آن دروغ‌سنج هستند. در مجموع ۵۰ ماده آن به ۴ خرده مقیاس عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانوادگی، و عزت نفس تحصیلی مربوط هستند. شیوه نمره‌گذاری این آزمون به صورت صفر و یک است. در این پژوهش پایایی پرسشنامه ۷۹/۰ بدست آمد.

شیوه‌ی اجرا

مداخله در گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته ۲ جلسه) برگزار شد. محتوای جلسات آموزشی بر گرفته از درمان شناختی رفتاری یانگ-برهمن بود که شامل بخش‌های مختلفی برای درمان کمبود توجه و حافظه، تکانشگری، ناکامی و خشم، اضطراب، افسردگی، روابط اجتماعی، مدیریت زمان، حل مساله، و آمادگی برای آینده بود (یانگ، برهمن، گری و رز، ۲۰۰۸). در این پژوهش چون دو گروه (عامل بین گروهی) داشتیم و قصد داشتیم تغییر نمرات را در سه مرحله سنجش (عامل درون گروهی) بین این دو گروه مورد مقایسه قرار دهیم از تحلیل واریانس چند متغیری

جدول ۱. پروتکل مداخله بر اساس یانگ، برهمن، گری و رز (۲۰۰۸)

جلسه اول: در جلسه اول به آموزش روانی در مورد اختلال و تاثیر این اختلال بر کارکردهای زندگی اختصاص داده شد. به مراجعان در مورد اساس نورولوژیکی اختلال آموزش داده شد. این آموزش از این رو اهمیت دارد که مراجعان عزت نفس خود را می‌تواند بهبود ببخشند و برجسب‌هایی نظیر "تنبل بودن، کودن بودن، دیوانه بودن" مواردی هستند که معمولاً افراد دارای اختلال بیش‌فعالی با آن دست به‌گریبانند، به همین جهت در این جلسه در مورد نادرست بودن این برجسب‌ها بحث‌های گروهی صورت گرفت و مراجعان طرحواره‌های اشتباهی یکدیگر در مورد این برجسب‌ها را به چالش کشیدند. به عبارت دیگر، در این جلسه در مورد اختلال به مراجعان بینش داده شد و علت اختلال به‌طور واقع‌بینانه با همکاری درمانگر مورد مذاقه قرار داده شد.

جلسه دوم: به خشم و تحمل ناکافی مراجعان پرداخته شد. به مراجعان در مورد دلیل خشم و تحمل ناکافی پایین آنها که منجر به مشکلات شدید در روابط و زندگی‌شان می‌شود بینش داده شد. از مراجعان خواسته شد تا یاد بگیرند که سرخ‌های درونی برای خشم خود را مشخص سازند، و به مراجعان در مورد سبک‌های مواجهه کارآمد به هنگام برخورد با موقعیت‌های تنش‌زا آموزش داده شد. در این جلسه مراجعان با همکاری درمانگر از سبک‌های مواجهه کارآمد برای برخورد با موقعیت‌های ناکام ساز به مباحثه پرداختند.

جلسه سوم و چهارم: در مورد خلق، عزت نفس، و خودکارآمدی مراجعان بحث شد. آموزش روانی در مورد دلایل افسردگی افراد مبتلا به این اختلال مورد بررسی قرار گرفت. در این جلسه کشف روابط بین خلق، افکار و رفتار بحث شد و از مراجعان خواسته شد تا به‌بازبینی این چرخه به منظور بهبود خلق خود پردازند.

جلسه پنجم و ششم: این جلسات معطوف به مهارت‌های ارتباطی که به مشکلات توجه، کنترل تکانه، تفکر همه‌ی یا هیچ که در افراد بزرگسال دارای اختلال بیش‌فعالی موجب نقصان در مسایل اجتماعی می‌شود، بود. در این جلسات درباره مهارت‌های بین فردی و اجتماعی لازم برای ارتباطات اجتماعی بحث شد و همچنین آموزش‌های رفتاری لازم برای افراد دارای اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه داده شد. در این جلسه فنون مهارت‌های ارتباطی کلامی توسط افراد به اجرا گذاشته شد.

جلسات هفت و هشت: این جلسات به مهارت‌های سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی و کاربرد منظم تقویم کاری و سیستم فهرست تکالیف برای قرار-ها، برنامه‌ها، و کارهایی که باید انجام داد پرداخته شد. تقویم و فهرست تکالیف اساس مهارت‌های تحصیلی، شغلی و اجتماعی هستند و در کل زندگی بخش محوری را تشکیل می‌دهند.

به این منظور استفاده و داده‌ها با بیست و چهارمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۲ مولفه‌های توصیفی متغیرهای وابسته به تفکیک برای گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، تعقیبی) نشان داده شده است.

در جدول ۳ خلاصه‌ی آزمون‌های چند متغیره برای بررسی معنی داری کنش متقابل بین گروه و عامل مکرر که در طرح مختلط ارائه شده است. همانطور که در این جدول مشخص شده است، اندازه اثر پیلابی بین گروه و عامل مکرر برابر ۰/۸۵۹ می‌باشد که منجر به اندازه آزمون F برابر با ۱۵/۹۶ می‌شود ($F_{8,21}=15/96; P</math>01). این نتیجه نشان دهنده این است که بین اثر بخشی گروهی و عامل مکرر اندازه گیری ابعاد نقص توجه/بیش‌فعالی (اندازه گیری ابعاد چندگانه اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در سه بار اندازه گیری) کنش متقابل وجود دارد. وجود کنش متقابل به این معناست که ترکیب خطی نمرات ابعاد نقص توجه/بیش‌فعالی در سه بار اندازه گیری (عامل مکرر) تحت تاثیر قرار گرفتن آنها در$

در جدول ۲. مولفه‌های توصیفی متغیرهای وابسته به تفکیک برای گروه آزمایش و کنترل

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	sd	M	sd	M	sd	M
عزت نفس	۳۲/۹۳	۶/۷۴	۳۴/۱۳	۵/۶۵	۳۳/۴۰	۴/۳۵
کنترل	۲۸/۶۶	۳/۶۲	۲۷/۶۶	۲/۸۷	۲۷/۶۰	۲/۷۷
افسردگی	۳۴/۴۰	۶/۹۱	۳۱/۲۶	۳/۶۹	۳۲/۴۶	۵/۴۴
کنترل	۳۵/۲۶	۲/۳۱	۳۴/۳۳	۲/۳۱	۳۴/۰۶	۲/۴۳
اضطراب	۲۷/۲۰	۴/۸۲	۲۳/۹۳	۴/۷۸	۲۵/۲۶	۵/۳۱
کنترل	۲۸/۵۳	۵/۳۳	۲۸/۰۰	۵/۱۴	۲۸/۲۰	۵/۱۸
کمبود توجه	۱۱/۴۶	۱/۳۵	۸/۹۳	۱/۳۳	۹/۳۳	۱/۶۷
کنترل	۱۱/۹۳	۱/۶۲	۱۱/۷۳	۲/۰۸	۱۱/۷۳	۲/۰۸
بیش‌فعالی	۱۱/۲۰	۱/۹۷	۹/۲۶	۱/۶۶	۹/۸۶	۱/۴۵
کنترل	۱۱/۲۶	۲/۰۱	۱۱/۲۰	۲/۰۴	۱۱/۲۰	۲/۰۴
تکانشگری	۱۰/۳۳	۱/۵۸	۸/۸۰	۱/۷۸	۹/۴۶	۱/۵۵
کنترل	۱۱/۴۰	۱/۱۸	۱۱/۳۳	۱/۱۷	۱۱/۵۳	۱/۱۲
خود پنداره	۴/۷۳	۱/۶۲	۷/۳۳	۱/۷۱	۷/۶۰	۱/۸۸
کنترل	۴/۶۰	۱/۱۲	۴/۸۶	۱/۰۶	۵/۲۰	۱/۵۶

گروه (آزمایش و کنترل) قرار دارد. به عبارت دیگر، نمرات ترکیب خطی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری تاثیر بیشتری نسبت به گروه کنترل می‌گیرد و این تاثیر از نظر آماری معنادار است ($P < .01$). اما برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش نشانگان هر یک از ابعاد از آزمون‌های آماری یک متغیره که در تحلیل واریانس چند متغیره اندازه‌گیری‌های مکرر متعاقب آزمون‌های چند متغیره می‌آید، استفاده شد.

جدول ۳. خلاصه‌ی آزمون چند متغیره اثر پیلایی به منظور بررسی اثر کنش متقابل درمان شناختی رفتاری و عامل مکرر

اثر	مقدار	F	df	dfe	Sig.	Eta
کنش متقابل (گروه و عامل مکرر مربوط به ابعاد نقص توجه/بیش‌فعالی)	۰/۸۵۹	۱۵/۹۶	۸	۲۱	۰/۰۱	۰/۸۵۹
کنش متقابل (گروه و عامل مکرر مربوط به ابعاد روان‌شناختی همبود)	۰/۶۶۹	۷/۷۴	۶	۲۳	۰/۰۱	۰/۶۹۹

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، آزمون چند متغیره پیلای نشان دهنده این است که بین گروه و عامل مکرر اندازه گیری کنش متقابل معنی داری وجود دارد که دلالت بر این دارد که درمان شناختی- رفتاری گروهی تأثیری معنی دار از نظر آماری بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته (افسردگی، اضطراب، عزت نفس) دارد.

جدول ۴. آزمون‌های یک متغیره به روش هیون-فلت برای بررسی کنش متقابل

گروه و خرده مقیاس های نقص توجه/بیش فعالی						
Sig.	F	MS	df	SS	متغیر	بعد
۰/۰۰۱	۱۹/۶۴	۱۶/۰۰	۱/۴۵	۲۳/۳۵	کمبود توجه	اختلال
۰/۰۰۴	۸/۸۲	۱۱/۴۶	۱/۱۸	۱۳/۶۲	بیش فعالی	بیش فعالی
۰/۰۰۴	۱۰/۱۴	۱۲/۶۵	۱/۳۵	۱۵/۶۵	تکانشگری	
۰/۰۰۱	۲۹/۲۰	۱۵/۴۲	۱/۷۱	۲۶/۴۶	خود پنداره	
۰/۰۰۱	۱۷/۲۳	۶۹/۶۷	۱/۸۰	۱۰۴/۳۴	عزت نفس	نشانگان
۰/۰۰۱	۱۹/۹۰	۷۴/۸۸	۱/۴۷	۱۱۰/۴۶	افسردگی	روان شناختی
۰/۰۰۱	۹/۰۴	۲۸/۲۸	۱	۲۸/۲۸	اضطراب	

برای بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر تک تک ابعاد افسردگی، عزت نفس و اضطراب از آزمون‌های تک متغیره که متعاقب تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه گیری‌های مکرر صورت می‌گیرد استفاده شد (جدول ۴). همانطور که در جدول ۴ به وضوح نشان داده شده است، آزمون‌های یک متغیره نشانگر این است که کنش متقابل بین گروه و عامل مکرر برای هر سه بعد معنی دار است که گویای این است که درمان رفتاری- شناختی گروهی موجب کاهش نمرات افسردگی و اضطراب و افزایش نمرات عزت نفس در گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری کوتاه مدت در بهبود نشانگان مرتبط با نقص توجه/بیش فعالی بزرگسالی و برخی از اختلالات همبود با این اختلال نظیر افسردگی و اضطراب و همچنین برخی پیامدهای مرتبط با این اختلال صورت گرفت. این درمان به صورت یک درمان کوتاه مدت ۸ جلسه‌ای ۹۰ دقیقه‌ای که در مدت ۲ ماه (هر هفته ۲ جلسه) آموزش داده شد. نتیجه این پژوهش گویای این بود که درمان گروهی کوتاه مدت شناختی- رفتاری درمانی موثر در بهبود نشانگان مرتبط با بیش فعالی و کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب و همچنین افزایش نمرات عزت

نفس که علایمی شایع در بیماران مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی هستند، است. درمان شناختی- رفتاری به عنوان درمانی سودمند و مفید برای اختلال بزرگسالی بزرگسالان ظاهر شده است (روستین و رامسی، ۲۰۰۶). هر چند که مطالعات معدودی وجود دارند که به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری کوتاه مدت بر بهبود نشانگان اصلی این اختلال و افسردگی و اضطراب همراه با این اختلال پرداخته اند، با این حال برخی از مطالعات، مانند تحقیقات رامسی و روستین (۲۰۱۱، ۲۰۱۲)، نشانگر این هستند که درمان شناختی- رفتاری کوتاه مدت درمانی موثر در بهبود نشانگان اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه و علایم همراه است. برای مثال ویلنز و همکارانش (۱۹۹۹)، به ارزیابی مزایای بالقوه درمان شناختی به همراه درمان دارویی در بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی پرداختند. نتیجه این پژوهش نشان داد که نشانگان این اختلال و همچنین کارکرد های کلی و همچنین نشانگان اضطراب و افسردگی در این اختلال بهبود قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهند. سافرن و اتو (۲۰۰۵)، به نتایج نسبتاً مشابهی دست یافتند. نتیجه پژوهش این محققان گویای این بود که درمان شناختی- رفتاری به همراه دارو درمانی نسبت به دارو درمانگری تنها در بهبود نشانگان اصلی بیش‌فعالی و افسردگی و اضطراب بهتر عمل کرده است. هر چند در این پژوهش از درمان دارویی استفاده نشد، ولی نتایج تحقیق گویای این بود که درمان شناختی- رفتاری به تنهایی سبب بهبود در نشانگان اصلی این اختلال و اختلالات همراه می‌شود. همچنین نتیجه این تحقیق نشانگر این بود که نمرات عزت نفس آزمودنی‌ها بعد از درمان افزایش معنی داری را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد تغییرات در عزت نفس می‌تواند ناشی از تجربه موفقیت و کنترلی باشد که در طی دوره آموزشی اتفاق افتاده است. همچنین، در راستای افزایش دانش و درک از نقص توجه/بیش‌فعالی، این امر منعکس کننده تغییر در انتساب علت‌شناسی برای مشکلات است. بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، که در دوره کودکی تشخیص داده نشده اند، احتمالاً مشکلات مربوط به طردگشتگی را در خود درونی کرده‌اند (یانگ، گری و رز، ۲۰۰۸). این امکان وجود دارد که درک درستی از مکانیسم های نورولوژیکی اختلال به این افراد اجازه می‌دهد که علت مشکلاتشان را بیرونی تصور کنند و به همین خاطر عزت نفس آنها بعد از دوره آموزشی افزایش یافته است. از طرف دیگر، درمان شناختی رفتاری راهبردها و مهارت‌های عینی را فراهم می‌کند. یادگیری ای راهبردها به فرد کمک می‌کند تا بتواند مسایل روزمره زندگی خود را بهتر حل کند و این موفقیت سبب می‌شود تا فرد خود کارآمدی و اعتماد به نفس خود را بهبود بخشیده و در نتیجه موجب کاهش افسردگی و افزایش اضطراب و همچنین بهبود کیفیت زندگی فرد می‌شود (بالتز، فرمن و بک، ۲۰۰۶). در کل نتایج این تحقیق نشانگر این است که درمان شناختی رفتاری درمانی موثر در بهبود

نشانگان اصلی اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه است، با این حال برخی محدودیت‌های اساسی بر این پژوهش وارد هستند. محدودیت اول این تحقیق این است که به علت شرایط اجرایی این پژوهش و عدم امکان درمان از طریق دارو درمانگری برای آزمودنی‌ها امکان مقایسه درمان شناختی- رفتاری گروهی با درمان دارویی و بدون درمان دارویی محققان نتوانستند در این تحقیق آثار دارو درمانگری با درمان شناختی رفتاری را با آثار درمان شناختی- رفتاری بدون دارو را مقایسه کنند. به همین جهت پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی این تاثیر مورد مقایسه قرار بگیرد. محدودیت دومی که بر این تحقیق وارد است این است که چون سنجش نشانگان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و همچنین علائم همراه با این اختلال نظیر افسردگی، اضطراب به صورت پرسشنامه‌ای و از نوع خودسنجی صورت گرفت. این امکان وجود پاسخ دهندگان به خاطر مطلوبیت اجتماعی و یا به خاطر هم‌نویایی با تحقیق پاسخ مطلوب را در مرحله پس‌آزمون به سوالات ارایه دهند. به همین خاطر توصیه می‌شود از روشهای دیگر سنجش نظیر پرسشنامه‌های خانواده سنجی و دیگر سنجی برای بررسی تاثیر درمان بر بهبود نشانگان استفاده شود و یا از روشهای دیگر سنجش نظیر سنجش از طریق گزارش رفتاری استاد در کلاس برای تاثیر واقعی درمان استفاده شود. محدودیت سومی که بر این پژوهش وارد است این است که به خاطر محدودیت در سنجش محققان نتوانستند پیگیری از آثار بلند مدت درمان داشته باشند، چرا که احتمالاً بعد از خارج شدن از جو درمان آثار اصلی درمان پایدار نماند. در کل درمان شناختی- رفتاری احتمالاً بتواند برای بهبود آثار اصلی و نشانگان و کارکردهای زندگی افراد موثر واقع شود. توصیه می‌شود که در تحقیقات آتی از روشهای مشابه درمانی و در بافت مختلف و برای گروهی سنی مختلف و با طرح- های آزمایشی یا نیمه آزمایشی کنترل شده به منظور تعیین اثربخشی دقیق این درمان در آثار اصلی و آثار جانبی این اختلال صورت بگیرد.

References

- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook (3rd ed.)*. New York, NY: Guilford.
- Biederman, J. (1998). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A life-span perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 7), 4-16.
- Biederman, J., Petty, C. R., Ball, S. W., Fried, R., Doyle, A. E., Cohen, D., . . . Faraone, S. V. (2009). Are cognitive deficits in attention deficit/hyperactivity disorder related to the course of the disorder? A prospective controlled follow-up study of grown up boys with persistent and remitting course. *Psychiatry Research*, 170, 177-182.
- Butler, E., Chapman, M., Forman, A., Beck, T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy. *Journal Clinical Psychology*, 26, 17-31.
- Christiansen H, Kis B, Hirsch O, Philipsen A, Henneck M, Panczuk A, et al.(2010). German validation of the Conners Adult ADHD Rating Scales-self-report (CAARS-S) I: factor structure and normative data. *Eur Psychiatry*,doi:10.1016/j.eurpsy.2009.12.024.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396. doi:10.2307/2136404.

- Conners, C.K., Erhardt, D., Epstein, J.N., Parker, J.D.A., Sitarenios, G., Sparrow E. (1993). Self-ratings of ADHD symptoms in adults I: factor structure and normative data. *J. Attention Disorder*, 3, 141-51.
- Coppersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self-esteem*, San Francisco: W.H. Freeman. Gammon, J. & Morgan, S.H. (2005). A study to ascertain the effect of structured student tutorial support on student stress, Self-esteem and coping Nurse Education in Practice, Volume 5, Issue 3, May 2005, Pages 161-171.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabei, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety*, 21(4), 185-192.
- Gualtieri, C. T., & Johnson, L. G. (2008). Medications do not necessarily normalize cognition in ADHD patients. *Journal of Attention Disorders*, 11, 459-469.
- Guillon M.S, Crocq M.A, Bailey P.E.(2007) Nicotine dependence and self-esteem in adolescents with mental disorders. *Addict Behav.*, 32(4):758-64.
- Ji-Hae, K., Eun-Ho, L., Yoo-Sook J. (2013). The WHO Adult ADHD Self-Report Scale: Reliability and Validity of the Korean Version. *Psychiatry Investig*; 10:41-46.
- Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*; 35:245-256.
- McDermott, S. P. (2000). Cognitive therapy for adults with attention deficit/ hyperactivity disorder. In T. E. Brown (Ed.), *Attention deficit disorders and hyperactivity and comorbidity in children, adolescents, and adults* (pp. 569-606). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Polanczyk, G., Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-regression analyses. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Ramsay, J. R. (2010). *Nonmedication treatments for adult ADHD: Evaluating impact on daily functioning and well-being*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: An integrative psychosocial and medical approach*. New York, NY: Routledge.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2011). CBT without medications for adult ADHD: An open pilot study of five patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25, 277-286. doi:10.1891/0889-8391.25.4.277.
- Rostain, A. L., & Ramsay, J. R. (2006). A combined treatment approach for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: An open study of 43 patients. *Journal of Attention Disorders*, 10, 150-159. doi:10.1177/1087054706288110.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavior therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 831-842.
- Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 304, 875-880. doi:10.1001/jama.2010.1192.
- Wilens, T. E., Spencer, T. J., & Biederman, J. (2000). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. In T. E. Brown (Ed.), *Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults* (pp. 509-535). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Young, S., Bramham, J., Gray, K., & Rose, E. (2008). The experience of receiving a diagnosis and treatment of ADHD in adulthood: A qualitative study of clinically referred patients using Interpretative Phenomenological Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 493-503.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 13 (No. 50), pp.57-66, 2019

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Improvement Adult Attention Deficit / Hyperactivity Disorder Syndrome and Depression, Anxiety, and self-esteem problems with it

Esmail Kheirjoo

Dept. of Family Studies, Azarbaijan Shahid Madani university, Tabriz, Iran
Ali Gharadagi

Dept. of Educational Sciences, Tabriz university, Tabriz, Iran

Fariba Jafari Roshan

Dept. of clinical psychology, Allameh Tabataba'I, University, Tehran, Iran.

Mansur Herfedust

Dept. of evaluating and measuring, Allameh Tabataba'I, University, Tehran, Iran

Received: 21.11.2017

Accepted: 17.06.2018

In last years, various non-pharmacological treatments have been developed for the treatment of adulthood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) syndrome. Most of these non-pharmacological treatments have targeted common areas of attention deficit hyperactivity disorder, such as educational problems, work, interpersonal relationships, and executive functions. The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in improvement the main symptom of attention deficit disorder / ADHD and depression and anxiety, self-esteem with it in students. For this purpose, in a quasi-experimental, pre-test, post-test and control group, 30 students (12 female, 18 male) with hyperactivity diagnosis were selected by the method of targeted sampling and divided into two groups: experimental and control group (Each group was 15 subject). Subjects were tested for attention deficit hyperactivity disorder, attention deficit disorder, anxiety, depression, and self-esteem before and after intervention and one month after the end of the sessions. The experimental group received a cognitive-behavioral intervention for 8 sessions of 90 minutes (2 sessions per week). The results of mixed multivariate analysis of variance (intragroup-intergroup analysis) showed that cognitive-behavioral group therapy is effective to improve the attention deficit/hyperactivity disorder syndrome, increasing self-esteem and decreasing depression and anxiety of students with hyperactivity disorder.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder, Cognitive-Behavioral Therapy

Electronic mail may be sent to: drgharadagi@gmail.com