

December-January 2020, Volume 8, Issue 5

The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Reducing the Symptoms of Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder and Suicidal Ideation in Female Adolescents with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder

Abotorabi Kashani P¹, Naderi F^{2*}, Safar Zadeh S³, Hafezi F⁴, Eftekhar Saadi Z⁵

1- Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author)

Email: nmafrah@yahoo.com

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

5- Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Received: 29 April 2020

Accepted: 6 Oct 2020

Abstract

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder means behavioral disorders that begin in childhood and continue into adolescence and even middle age if appropriate therapies are not used. This study aimed to evaluate the effectiveness of dialectical behavior therapy on reducing the symptoms of attention-deficit / hyperactivity disorder and suicidal ideation in adolescents with attention-deficit / hyperactivity disorder.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the study included all adolescents with attention-deficit / hyperactivity disorder in Tehran in 1398. Using a purposive sampling method, 30 of them were selected and randomly assigned to the experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group underwent dialectical behavior therapy (12 sessions of 60 minutes), but the control group did not receive any intervention. Research tools including Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder Questionnaire Connors, Arhad, and Sparrow (1999) and Beck and Steer (1987) Suicidal ideation questionnaires were used. Data were analyzed using analysis of covariance.

Results: The mean age of the samples was $16/13 \pm 4/12$ years. The results showed that dialectical behavior therapy was effective in reducing the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal ideation in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder.

Conclusions: According to the results, this treatment can be used to reduce the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal ideation in adolescents with attention-deficit / hyperactivity disorder and thus help reduce stress in hyperactive people

According to the results, this treatment can be used to reduce the symptoms of attention-deficit / hyperactivity disorder and suicidal ideation in adolescents with attention-deficit / hyperactivity disorder and thus help reduce stress in hyperactive people.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Symptoms of Attention-Deficit / Hyperactivity & Suicidal Ideation.

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم کمبود توجه / بیش‌فعالی و اندیشه‌پردازی خودکشی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی

پریسا ابوترابی کاشانی^۱، فرح نادری^{۲*}، سحر صفرزاده^۳، فریبا حافظی^۴، زهرا افتخار صغادی^۵

۱- گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- استاد گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: nmafrah@yahoo.com

۳- استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴- استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۵- استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۱۰

چکیده

مقدمه: اختلال بیش‌فعالی- نقص توجه به معنی اختلالات رفتاری می‌باشد که از زمان کودکی آغاز می‌شود و اگر از راه‌های درمانی مناسب استفاده نشود، تا نوجوانی و حتی میانسالی ادامه می‌یابد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی و اندیشه‌پردازی خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بود.

روش کار: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر از آنان انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی کانرز، ارهاد و اسپارو (۱۹۹۹) و اندیشه‌پردازی خودکشی بک و استیر (۱۹۸۷) استفاده شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. گروه آزمایشی تحت رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی نمونه‌ها $4/12 \pm 16/13$ سال بود. نتایج پژوهش نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی و اندیشه‌پردازی خودکشی نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی اثربخش بود. **نتیجه‌گیری:** باتوجه به نتایج به دست آمده، می‌توان از این درمان در جهت کاهش علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی و اندیشه‌پردازی خودکشی نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی بهره‌برد و از این راه به کاهش تنش در افراد بیش‌فعال کمک نمود.

کلیدواژه‌ها: رفتار درمانی دیالکتیکی، علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی و اندیشه‌پردازی خودکشی.

مقدمه

اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی یک اختلال رفتاری رشدی است. معمولاً فرد توانایی دقت و تمرکز بر روی یک موضوع را نداشته، یادگیری در او کند است و فرد از فعالیت بدنی غیرمعمول و بسیار بالا برخوردار است [۱]. این اختلال با فقدان توجه، فعالیت بیش‌ازحد، رفتارهای تکانشی، یا ترکیبی از این موارد همراه است. بسیاری از این افراد، یک یا چند اختلال رفتاری دیگر نیز دارند. همچنین ممکن است یک مشکل روانی مانند افسردگی یا اختلال دوقطبی داشته باشند [۲]. اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، شایع‌ترین اختلال رفتاری در سنین کودکی و بلوغ است و حدود ۳٪ تا ۵٪ کودکان قبل از هفت سالگی به آن مبتلا می‌شوند. این عارضه بیشتر در دوران ابتدایی مدرسه برای کودکان و در هنگام بلوغ رخ می‌دهد و با افزایش سن بسیاری از بیماران بهتر می‌شوند. فراوانی اختلال بیش‌فعالی در پسران بیشتر از دختران گزارش شده است [۳]. از علت‌های به وجود آورنده بیش‌فعالی می‌توان به وراثت، عوارض هنگام تولد، تغذیه نامناسب، اثر برخی داروها و وجود سرب در محیط زندگی فرد نیز برای ایجاد بیش‌فعالی عنوان می‌کنند [۴]. این اختلال در صورت عدم درمان در بزرگسالی ادامه دارد و حتی منجر به نارسایی روان شناختی قابل ملاحظه‌ای در بزرگسالی می‌شود. علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی در نوجوانان عبارتند از کم توجهی به امور مختلف، پرتحرکی نوجوان، حواس پرتی و تکانش‌گری می‌باشد. البته وجود عوامل دیگری مانند لجبازی و اختلال سلوک نیز نشان دهنده بیش‌فعالی در نوجوان است که همه آنها توسط والدین و معلمان شناخته می‌شوند [۵]. با اینکه بیش‌فعالی با ورود کودک به دوره نوجوانی بهبود پیدا می‌کند، اما مشکلات کم‌توجهی، آشفتگی و کنترل‌تکانه ضعیف، اغلب در دوران نوجوانی تداوم یافته و تا بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد. به بیان دیگر، علائم بیش‌فعالی در دوران کودکی بیشتر شامل فعالیت‌های بیش‌از حد می‌باشد که در صورت عدم درمان و ورود به دوران بزرگسالی، این علائم بیشتر به شکل دشواری در توجه کردن و عدم تمرکز و رفتارهای تکانشی نمود پیدا می‌کنند [۶].

اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی با سایر اختلالات روان‌شناختی از جمله اندیشه‌پردازی خودکشی همراه است. اندیشه‌پردازی خودکشی در رابطه با اشتغال ذهنی شدید فرد در حول و حوش خودکشی به کار برده می‌شود. این

افکار و تصورات انواع گوناگونی را شامل می‌شوند. برخی از این افکار ممکن است در حد تصور و خیال‌پردازی بوده و آن چنان جدی نباشد که از آن جمله می‌توان به طرح و نقشه خودکشی با جزئیات، بازی نقش و تفکر درباره خودکشی ناموفق و نیمه خودکشی به گونه‌ای که افراد دیگر از رنج روحی فرد باخبر بشوند، اشاره کرد [۷]. اندیشه‌پردازی خودکشی به عنوان یک مشکل سلامت عمومی اساسی در سراسر جهان شناخته شده و به صورت یک دغدغه و مشکل اساسی برای روان‌پزشکان و متخصصان مطرح است. این افکار، طیفی از اندیشه‌های مبهم را در مورد خاتمه دادن به زندگی تا خودکشی کامل در بر می‌گیرند [۸]. درصد قابل توجهی از نوجوانانی که به مراکز درمانی ارجاع داده می‌شوند، کسانی هستند که یا دست به خودکشی زده یا نقشه خودکشی در سر داشته‌اند. این افراد عموماً در فاصله سنی ۱۵-۲۵ سالگی قرار دارند. تعداد دخترانی که دست به این کار می‌زنند، بیش از پسران است. هر چند خودکشی پسران بیشتر به نتیجه می‌رسد و دختران غالباً طوری خودکشی می‌کنند که امکان نجاتشان بیشتر است [۷].

تأثیر منفی اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی در حیطه‌های متفاوت زندگی (تحصیلی، شغلی و خانوادگی) باعث می‌شود تا تشخیص و درمان آن حائز اهمیت باشد و دارودرمانی اغلب راه درمان این افراد است. این در حالی است که ۱۸ تا ۲۸ درصد افراد پاسخ کافی به داروها نشان نمی‌دهند یا نمی‌توانند اثرات مضر داروها را تحمل کنند [۹].

در کنار دارودرمانی، یکی از درمان‌های بااهمیت در اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی، رفتار درمانگری دیالکتیکی است. رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) نوعی روان‌درمانی بر پایه‌ی رویکردهای شناختی-رفتاری است که بر ابعاد روان‌شناختی درمان تمرکز دارد. این رویکرد معتقد است برخی انسان‌ها نسبت به برخی موقعیت‌های احساسی، واکنش‌های شدیدتر و خارج از قاعده نشان می‌دهند [۱۰]. برنامه درمانی دیالکتیکی به صورت یک برنامه درمانی کاملاً ساختاریافته ارائه شده که به فرد کمک می‌کند، نقاط قوتش را بشناسد و آنها را تقویت کند تا احساس بهتری نسبت به خود و زندگی‌اش داشته باشد [۱۱]. نتایج بسیاری مطالعات از اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی حمایت می‌کنند. از جمله اثر بخشی این درمان بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی در دانش‌آموزان پسر [۱۲]. در بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه

نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه اندیشه پردازی خودکشی بودند، به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند، به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیکی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی تحت مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی و گروه کنترل تحت هیچ گونه درمانی قرار نگرفتند. بعد از اتمام جلسات، از گروه‌های آزمایشی و کنترل در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. همچنین برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام جلسات آموزشی و اجرای پس‌آزمون بر روی گروه‌های آزمایشی و کنترل، جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی بر روی گروه کنترل نیز اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص بیش‌فعالی به وسیله پرسشنامه مربوطه و همچنین دارای نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه اندیشه پردازی خودکشی و رضایت نامه جهت شرکت در جلسات درمانی را دارا بودند ملاک خروج نیز شامل غیبت در جلسات درمانی و مصرف داروی همزمان به جهت اختلال دیگری بود. در این پژوهش از ابزار زیر بهره گرفته شد:

پرسشنامه اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان کانرز: این پرسشنامه توسط کانرز، ارهاد و اسپارو (۱۹۹۹) طراحی شد و شامل ۲۶ ماده است. نمره‌گذاری آن به صورت مقیاس صفر تا ۳ امتیازی می‌باشد. نمرات خام این مقیاس با استفاده از جدول هنجاری مناسب، به نمرات T تبدیل می‌شود (نمرات T در این مقیاس دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ می‌باشد). نمرات T بالای ۶۵، به لحاظ بالینی معنادار هستند و نمرات T بالای ۸۰ علاوه بر آنکه شدت مشکلات و آسیب‌شناسی آن حوزه را نشان می‌دهند، احتمال بدنمایی یا اغراق در علائم را نیز مطرح می‌کنند (کانرز و همکاران، ۱۹۹۹). سازندگان پایایی پرسشنامه را برای مولفه‌ها از ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ گزارش کردند. اعتبار محتوای آن با توجه به ارزش اصلاح شده کاپا برای تمام آیتم‌ها بالاتر از ۰/۷۶ بود. اعتبار همزمان نسخه خودگزارشی و گزارش توسط مشاهده‌گران به طور کلی برای ارزیابی علائم نقص توجه/بیش‌فعالی گزارش شده است. ارزیابی روانسنجی نسخه فارسی مقیاس خودگزارشی دهی کانرز نشان داد که این ابزار، با توجه به بالا از اعتبار و پایایی قابل قبولی برخوردار است [۲۲]. در پژوهشی [۲۳] پایایی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند.

بیش‌فعالی [۱۳]. بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی که همزمان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی هستند [۱۴] و در دانشجویان [۱۵]. همچنین پژوهش‌های دیگری به اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی بر کاهش افکار خودکشی در افراد اشاره داشتند. به عنوان مثال اثر بخشی این درمان بر کاهش افکار خودکشی در بین کسانی که سابقه خودکشی داشته‌اند [۱۶]. در بین نوجوانان [۱۷، ۱۸]. افراد پرریسک و دارای رفتارهای پرخطر [۱۹] و همچنین در جهت کاهش رفتاری پرخطر از جمله خودکشی در بین جوانان [۲۰]. نتایج مطلوبی را داشته است. امروزه متخصصان معتقدند که برای رفع اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی درمان‌های جایگزین مورد نیاز است تا نشانه‌های باقی مانده را هدف قرار دهد و به افراد مهارت‌ها و راهبردهایی را بیاموزد تا با تخریب‌های کارکردی مقابله کنند. از سویی، به دلیل تنوع مشکلات مربوط به بیش‌فعالی، به طور حتم امکان آن که یک نوع درمان، به تنهایی بتواند تمام الزامات درمانی این اختلال را پوشش دهد، وجود ندارد. به همین دلیل، متخصصان، اغلب راهبردهای درمانی متعددی را در ترکیب با هم اتخاذ می‌کنند تا هر یک جنبه متفاوتی از مشکلات روانی-اجتماعی کودک را مدنظر قرار دهند [۲۱]. با توجه به مطالب و مطالعات انجام شده، هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی روش رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی و اندیشه پردازی خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی است.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر تهران در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند. به این ترتیب که، از بین مدارس متوسطه شهر تهران، ۱۰ مدرسه دخترانه به طور تصادفی انتخاب شدند، پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولین مدرسه و با راهنمایی معلمین از بین کلیه دانش‌آموزان نوجوان ۱۵-۱۷ سال، دانش‌آموزانی را که مشکوک به بیش‌فعالی بودند، به تعداد ۱۹۰ نفر انتخاب شدند و پرسشنامه‌های علائم کمبود توجه/بیش‌فعالی و اندیشه پردازی خودکشی به آنها داده شد. ۳۰ دانش‌آموز که به صورت هدفمند که دارای

خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این ابزار توسط میرزایی و همکاران [۲۵] به فارسی نیز ترجمه شده است و روایی همزمان آن با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰,۷۶ و اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰,۹۵ به دست آمده است. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه اندیشه پردازی خودکشی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۴ به دست آمده است.

جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی: رفتار درمانی دیالکتیکی توسط سالیاج-آندره، بوهنکمپ، پیفر و لمکوهل [۲۶] در یک دوره سه ماهه (۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) بر روی گروه آزمایشی اول اجرا شد. در ادامه، جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی در (جدول ۱) آمده است.

در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه کاهش علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمده است.

مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک: مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک، یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است که توسط بک و همکاران [۲۴] طراحی شد. این مقیاس به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته گذشته تهیه شده است. مقیاس بر اساس ۳ درجه نقطه‌ای از صفر تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود و دامنه نمرات از صفر تا ۳۸ قرار دارد. سؤالات مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نفعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر خود، عوامل بازدارنده

جدول ۱. جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی

جلسه	محتوای جلسات
۱	توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی دانش‌آموزان و اجرای پیش‌آزمون و آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس، بستن قرارداد برای کاهش رفتارهای تخریبی و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.
۲ و ۳	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به دانش‌آموزان در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و چطور کار می‌کنند.
۴	بررسی افکار و احساسات و توضیح و شناساندن پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند؛ با همکاری دانش‌آموزان افکار و احساساتی که منجر به خودتخریبی یا رفتارهای تکانشی ناسازگار می‌شود؛ بررسی می‌شود؛ در تکالیف خانگی از دانش‌آموزان خواسته می‌شود که تمام افکار و احساساتی که منجر به ناسازگاری در آنها می‌شوند را یادداشت کنند.
۵	آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش گانه و تمرین ذهن آگاهی).
۶	به دانش‌آموزان کمک می‌شود تا کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی را تهیه کنند تا به یک سطح منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند؛ مثلاً به دانش‌آموزان یاد داده می‌شود پاسخ‌های درونی، افکاری هستند که با تکانه‌ها ناسازگارند. برای مثال، گفتن این جمله با خود که: این واقعاً مسخره است، من به جای خشمگین شدن لبخند خواهم زد (تمرین و بازخورد).
۷	کاهش آسیب‌پذیری بدنی پرخوری و کم‌خوری، مواد مخدر، الکل، ورزش، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خودتخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب‌پذیری شناختی و افزایش هیجان‌های مثبت.
۸ و ۹	آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن اینکه چرا هیجانها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت)، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر.
۱۰ و ۱۱	افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقمندی و غیره)؛ آموزش مهارت‌های فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرأت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس).
۱۲	جمع بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس‌آزمون.

و انحراف معیار برای متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و کنترل در مرحله پس‌آزمون در (جدول ۲) گزارش شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه‌ها $4/12 \pm 16/13$ سال بود. میانگین

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرهای وابسته	سنجش	گروه رفتار درمانی دیالکتیکی		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی	پیش‌آزمون	۵۵/۳۰	۵/۴۸	۵۹/۹۵	۴/۲۴
	پس‌آزمون	۳۴/۲۵	۷/۰۴	۵۹/۶۵	۸/۰۲
اندیشه‌پردازی خودکشی	پیش‌آزمون	۲۱/۳۰	۲/۷۳	۲۱/۷۰	۲/۵۵
	پس‌آزمون	۱۳/۱۵	۲/۰۳	۲۲/۳۵	۳/۰۳

داد مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار و استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز است. نتایج آزمون باکس ($p=0/426$)، $F=0/854$ و $Box's=4/235$) نیز حاکی از وجود تفاوت بین کوواریانس‌ها و مجاز بودن استفاده از تحلیل کوواریانس است. همچنین، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که در متغیر کاهش علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی ($F=2/472$) و $p=0/187$) و متغیر اندیشه‌پردازی خودکشی ($F=1/542$) و $p=0/228$) به دست آمد. معنادار نبودن این تعامل، نشان دهنده رعایت مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون است. بنابراین فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش نیز برقرار است و می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. (جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای نمره‌های پس‌آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

در (جدول ۲)، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون آورده شده است. پیش از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از برآورده شدن مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس، به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شده است. بدین منظور نرمال بودن داده‌ها، به واسطه عدم معنادار بودن Z کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که متغیرهای پژوهش از توزیع بهنجار بودن تبعیت می‌کنند (علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی: $Z=0/74$ ؛ $P=0/473$ و اندیشه‌پردازی خودکشی: $Z=0/86$ ؛ $P=0/396$)، همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها (جهت یکسان بودن واریانس‌های دو گروه آزمایشی و کنترل) از آزمون لوبین استفاده شد که در متغیر علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی ($F=0/652$ و $p=0/525$) و متغیر اندیشه‌پردازی خودکشی ($F=0/886$ و $p=0/281$) به دست آمد. نتایج نشان

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون کاهش علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اندیشه‌پردازی خودکشی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
کاهش علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی	۴۸۵۳/۴۶۷	۱	۴۸۵۳/۴۶۷	۹۸/۱۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲	۱/۰۰
اندیشه‌پردازی خودکشی	۵۸۶/۹۶۷	۱	۵۸۶/۹۶۷	۶۶/۶۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۹	۱/۰۰

همان‌طور که در (جدول ۳) مشاهده می‌گردد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای وابسته نشان می‌دهند که در متغیرهای علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اندیشه‌پردازی خودکشی بین گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و کنترل تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود.

همان‌طور که در (جدول ۳) مشاهده می‌گردد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای وابسته نشان می‌دهند که در متغیرهای علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اندیشه‌پردازی خودکشی بین گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و کنترل تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود.

همان‌طور که در (جدول ۳) مشاهده می‌گردد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای وابسته نشان می‌دهند که در متغیرهای علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اندیشه‌پردازی خودکشی بین گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و کنترل تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود.

همان‌طور که در (جدول ۳) مشاهده می‌گردد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای وابسته نشان می‌دهند که در متغیرهای علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اندیشه‌پردازی خودکشی بین گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و کنترل تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود.

همان‌طور که در (جدول ۳) مشاهده می‌گردد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای وابسته نشان می‌دهند که در متغیرهای علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اندیشه‌پردازی خودکشی بین گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی و کنترل تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی و اندیشه‌پردازی خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی انجام شد. نتایج نشان داد

بر کاهش اندیشه پردازی خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین [۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰] مبنی بر اثربخشی مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش اندیشه پردازی خودکشی همخوان بود. در تمام پژوهش‌های پیشین یافت شده این درمان توانسته است افکار خودکشی را حتی در بزرگسالان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی با سابقه خودکشی [۱۶] و دارای اختلال شخصیت [۱۷] کاهش دهد. رفتار درمانی دیالکتیکی بر کلیه روش‌های درمانی که هدف آنها، تغییر رفتارهای کنونی است، دلالت دارد. برخلاف روان‌کاوی، در رفتاردرمانی، افشاء و تحلیل تعارضات روانی ناهشیار مورد توجه قرار گرفته نمی‌شود [۱۹]. رفتاردرمانی، کاربرد بالینی نتایج آزمایشات رفتاری است که بر پایه تئوری‌های یادگیری مانند شرطی‌سازی کلاسیک و عامل بنا شده است. نکته مهم در رفتاردرمانی تغییر رفتار توسط آموزش رفتارهای جدید، اصلاح رفتارهای گذشته و حذف رفتارهای نامطلوب می‌باشد. هر نشانه اختلالات روانی، روش درمانی متفاوتی را ایجاب می‌کند [۱۷]. از طرفی، تخریب در کارکرد اجتماعی نیز از مهمترین خصوصیت افراد بیش فعال است. افراد بیش فعال در تعاملات اجتماعی کارکرد مناسبی ندارند و درک ضعیفی از روابط دارند. همچنین، مشکلاتی در تفسیر اطلاعات بین فردی، مانند هیجانات و بیان آنها دارند [۱۶]. نظریه‌های بین فردی در خودکشی، به دو عامل احساس عدم تعلق و فرسودگی ادراک شده که از شاخص‌های مهم در اقدام به خودکشی است، می‌پردازند. وقتی نیاز به تعلق نادیده گرفته می‌شود، میل به مردن در فرد شکل می‌گیرد. به این حالت، عدم تعلق باطل گفته می‌شود که در پژوهش‌های علمی و خودکشی به عنوان اندیشه خودکشی شناخته می‌شود [۱۸]. یافته حاضر نشان داد، رفتار درمانی دیالکتیکی به درستی موجب کاهش اندیشه پردازی خودکشی در نوجوانان مبتلا به اختلال بیش فعالی شد. با توجه به اینکه یکی از علل تشدید کننده رفتارهای تکانشی و آسیب‌زا در این نوجوانان کمبود حمایت‌های عاطفی و اجتماعی، مشکلات مدرسه، عزت نفس پایین، رفتارهای خلقی و پرخطر است. بنابراین، رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان یک درمان حمایت‌گرانه ارائه می‌شود و مستلزم یک ارتباط مشترک و قوی میان درمانجو و درمانگر است و درمانگر فعالانه رفتارهای سازگاران را به درمانجو آموزش

بیموزند تا از این لحاظ سبب کاهش علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی در خود شود [۱۵]. نتایج این یافته حاکی از این بود که رفتار درمانی دیالکتیکی یکی از کارآمدترین روش‌های درمانی است که افراد می‌آموزند چطور با اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی در خود کنار آمده و رفتار ضد و نقیض در برابر دیگران را کاهش داده تا جلوی وخیم شدن بیشتر اوضاع گرفته شود [۱۳]. این درمان موجب می‌شود عملکرد رفتاری نوجوانان بهتر شده و تنیدگی آنها در رابطه با دیگران و محیط کاهش یافته و به این ترتیب موجب بهبود سازگاری و کاهش مشکلات رفتاری خود از قبیل اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی شوند [۱۴]. یافته حاضر نشان داد، رفتار درمانی دیالکتیکی به درستی موجب کاهش علائم کمبود توجه/ بیش‌فعالی در نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی شد. اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را می‌توان برحسب چند ویژگی اساسی در نوجوانان بیش فعال این‌گونه تبیین نمود که، امروزه وجود نقص‌هایی در مهارت‌های شناختی افراد بیش فعال، محرز شده است [۲۷]. رفتار درمانی دیالکتیکی شامل اصول و تکنیک‌هایی است که مدیریت و پذیرش هیجانات را تسهیل می‌کند. در این درمان، با ترکیب تمرینات ذهن آگاهی و تمرینات رفتاری، بیمار در حالتی بدون قضاوت به مشاهده خلق خود و پیامدهای فیزیولوژیکی، ذهنی، رفتاری و احساسی آن می‌پردازد و علاوه بر سعی در پذیرش این حالت و تحمل آن، مکانیسم گذر از این وضعیت را می‌آموزد و با آموختن این تمرینات آنرا به سبک خودکار ذهن خود تبدیل می‌کند. از طرفی، اگر شخص مهارت‌های زبانی، شناختی و ارتباطی لازم برای نام‌گذاری و مقوله بندی هیجان‌ها و یا ارتباط با دیگران را نداشته باشد، با مشکلات زیادی در مهارت‌های حل مسأله و تحمل ناکامی مواجه خواهد شد [۱۵]. بنابراین، نبود این توانایی در فرد به سبک شناختی سوگیرانه منتهی می‌شود و موجب بیشتر شدن علائم نقص توجه و بیش‌فعالی می‌شود. رفتار درمانی دیالکتیکی با آموزش مهارت‌هایی مانند مهارت‌های بین فردی، تنظیم هیجان و تحمل ناکامی و نیز تلفیق این سه رویکرد با همدلی مراجع محور و حل مسأله شناختی-رفتاری سبب افزایش انعطاف‌پذیری و ارائه راه‌حل‌های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت کننده به فرد در کنار آمدن بهتر با وقایع دردناک، می‌تواند به این نوجوانان کمک کننده باشد. نتایج پژوهش نیز نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیکی

نتیجه گیری

از آنجایی که نوجوانی دوره بحرانی از زندگی هر فرد محسوب می‌شود و این دوران در افراد بیش فعال بحرانی‌تر دنبال می‌شود به گونه‌ای که بیش فعالی با اندیشه پردازی خودکشی نیز همراه است، لذا با رفتاردرمانی دیالکتیکی در کنار سایر درمان‌های دارویی می‌توان به کاهش علائم بیش فعالی و اندیشه پردازی خودکشی امیدوار بود.

سپاسگزاری

محققین از کلیه نوجوانان، مدیران و دبیران محترم مدارس که در انجام پژوهش یاری‌گر ما بودند، کمال تشکر را داریم.

تضاد منافع

نتایج این پژوهش با منافع هیچ سامانی در تعارض نیست.

می‌دهد و تقویت می‌کند؛ بنابراین، درمان مذکور می‌تواند در کاهش علائم نقص توجه بیش فعالی و همچنین افکار خودکشی در این گروه از نوجوانان مؤثر باشد.

از آنجا که پژوهش حاضر در میان نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی شهر تهران صورت گرفته در خصوص تعمیم نتایج به نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی سایر شهرها با فرهنگ‌های مختلف، بایستی احتیاط لازم صورت گیرد. برای رفع این محدودیت می‌توان پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی نوجوانان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی به اجرا درآورد. با توجه به اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی، پیشنهاد می‌شود درمانگران با اجرای صحیح درمان آشنا شده و از آن بر روی افراد دچار اختلالات روانشناختی و بیش فعالی استفاده نمایند تا از این طریق کاهش علائم کمبود توجه/ بیش فعالی و اندیشه پردازی خودکشی را در آنها کاهش داده و درمان از تداوم بیشتری برخوردار گردد.

References

- Graziano PA, Garcia A. Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2016, 1;46: 106-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.011>
- Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012, 1;9 (3): 490-9. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Chan E, Fogler JM, Hammerness PG. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: a systematic review. *Jama*. 2016, 10;315 (18): 1997-2008. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.5453>
- Kamp CF, Sperlich B, Holmberg HC. Exercise reduces the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and improves social behaviour, motor skills, strength and neuropsychological parameters. *Acta Paediatrica*. 2014, 103 (7): 709-14.
- Graham LJ, Tancredi H. In search of a middle ground: the dangers and affordances of diagnosis in relation to Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Developmental Language Disorder. *Emotional and Behavioural Difficulties*. 2019, 3;24 (3) : 287-300.
- Norman LJ, Carlisi C, Lukito S, Hart H, Mataix-Cols D, Radua J, Rubia K. Structural and functional brain abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder and obsessive-compulsive disorder: a comparative meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2016, 1;73 (8): 815-25.
- Mayes SD, Calhoun SL, Baweja R, Feldman L, Syed E, Gorman AA, Montaner J, Annappareddy J, Gupta N, Bello A, Siddiqui F. Suicide ideation and attempts are associated with co-occurring oppositional defiant disorder and sadness in children and adolescents with ADHD. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2015, 1;37 (2): 274-82.
- Sarkisian KL, Van Hulle CA, Goldsmith HH. Brooding, inattention, and impulsivity as predictors of adolescent suicidal ideation. *Journal of abnormal child psychology*. 2019, 15;47 (2) : 333-44.
- Evans SW, Owens JS, Bunford N. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2014, 1;43 (4) : 527-51.
- May JM, Richardi TM, Barth KS. Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Clinician*. 2016, 6 (2): 62-7.
- McCredie MN, Quinn CA, Covington M. Dialectical Behavior Therapy in adolescent residential treatment: Outcomes and effectiveness. *Residential Treatment for Children & Youth*. 2017, 3;34 (2): 84-106.
- Narimani, M., Bagiyani-Kulemarez, M., Ahadi, B., Abolghasemi, A. The Study of Effectiveness of Group Training of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on Reducing of Symptoms

- of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) and Promoting Quality of Life of Students. *Journal of Clinical Psychology*, 2014, 6 (1): 39-51.
13. Cole P, Weibel S, Nicastro R, Hasler R, Dayer A, Aubry JM, Perroud N. CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatr Danub*. 2016, 28 (Suppl 1): 103-7.
 14. Prada P, Nicastro R, Zimmermann J, Hasler R, Aubry JM, Perroud N. Addition of methylphenidate to intensive dialectical behaviour therapy for patients suffering from comorbid borderline personality disorder and ADHD: a naturalistic study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2015, 1;7 (3): 199-209. <https://doi.org/10.1007/s12402-015-0165-2>
 15. Fleming AP, McMahon RJ, Moran LR, Peterson AP, Dreessen A. Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of attention disorders*. 2015, 19(3):260-71. <https://doi.org/10.1177/1087054714535951>
 16. Zamani N, Jahangir AH, Noohi S, Nikdel Teimouri N. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Reducing Suicidal Thoughts (Suicidal Ideations) in Suicide Attempters with a History of Previous Suicide. *hrjbaq*. 2016, 1 (3): 159-166. <https://doi.org/10.18869/acadpub.hrjbaq.1.3.161>
 17. Navarro-Haro MV, Modrego-Alarcón M, Hoffman HG, López-Montoyo A, Navarro-Gil M, Montero-Marín J, García-Palacios A, Borao L, García-Campayo J. Evaluation of a mindfulness-based intervention with and without virtual reality dialectical behavior Therapy mindfulness skills training for the treatment of Generalized anxiety disorder in primary care: a pilot study. *Frontiers in psychology*. 2019 Jan 28; 10: 55. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00055>
 18. Rathus JH, Berk M, Walker AS. Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Multiproblem Adolescents. *Evidence-Based Treatment Approaches for Suicidal Adolescents: Translating Science Into Practice*. 2019 Mar 12:87.
 19. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korlund K, Avina C, Hughes J, Harned M, Gallop R, Linehan MM. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*. 2018, 1;75 (8): 777-85.
 20. Burckhardt R, Manicavasagar V, Shaw F, Fogarty A, Batterham PJ, Dobinson K, Karpin I. Preventing mental health symptoms in adolescents using dialectical behaviour therapy skills group: A feasibility study. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2018, 2;23 (1): 70-85.
 21. Clements CC, Castro VM, Blumenthal SR, Rosenfield HR, Murphy SN, Fava M, Erb JL, Churchill SE, Kaimal AJ, Doyle AE, Robinson EB. Prenatal antidepressant exposure is associated with risk for attention-deficit hyperactivity disorder but not autism spectrum disorder in a large health system. *Molecular psychiatry*. 2015, 20 (6): 727-34.
 22. Arabgol F, Hayati M, Hadid M. Prevalence of Attention - Deficit/Hyperactivity Disorder in a Group of University Students. *Advances in Cognitive Sciences*. 2004, 6 (1 and 2) : 73-87.
 23. Narimani, M., Bagiyani-Kulemarez, M., Ahadi, B., Abolghasemi, A. The Study of Effectiveness of Group Training of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) on Reducing of Symptoms of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD) and Promoting Quality of Life of Students. *Journal of Clinical Psychology*, 2014; 6 (1): 39-51.
 24. Beck AT, Brown G, Steer RA, Eidelson JI, Riskind JH. Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of abnormal psychology*. 1987, 96(3): 179. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.96.3.179>
 25. Mirzaie S N, Shams Alizadeh N. Prevalence rate of suicidal thoughts and its related factors in the medical students in Kurdistan University of Medical Sciences. *SJKU*. 2013, 18 (1): 18-26.
 26. Salbach-Andrae H, Bohnenkamp I, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Miller AL. Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A case series. *Cognitive and behavioral practice*. 2008, 1;15 (4): 415-25. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.04.001>
 27. Wofford JR, Ohrt JH. An integrated approach to counseling children diagnosed with ADHD, ODD, and chronic stressors. *The Family Journal*. 2018 Jan; 26(1):105-9. <https://doi.org/10.1177/1066480718756594>