

## اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر علائم نافرمانی مقابله‌ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۹

تاریخ پذیرش: ۹۰/۹/۲۱

مرضیه جهان‌بخش\*، محمدحسین بهادری\*\*، شعله امیری\*\*\*، آذر جمشیدی\*\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** ماهیت پیچیده اختلالات رفتاری کودکان، بررسی و بکارگیری درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر علائم نافرمانی مقابله‌ای دانش آموزان دختر دوره ابتدائی دارای مشکلات دلبستگی انجام شد.

**روش:** روش این پژوهش تجربی بود. نمونه شامل ۳۲ نفر از ۳۸۸ دانش آموز مقطع دوم و چهارم ابتدایی بودند که بیشترین نمره را در زمینه مشکلات مربوط به دلبستگی و علائم نافرمانی مقابله‌ای به دست آوردند. اندازه گیری با استفاده از پرسشنامه مشکلات دلبستگی راندولف و پرسشنامه سلامت روان کودکان اتاریو انجام شد. مادران در ۱۰ جلسه گروهی درمان مبتنی بر دلبستگی شرکت نموده و تأثیر آن روی میزان علائم نافرمانی دختران آنها مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از آنجا که کسب نمره بیشتر در علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان از شدت این علائم دارد، آشکار شد که میانگین نمرات نافرمانی گروه مداخله در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه شاهد به میزان معنی‌داری پایین‌تر بود. میزان کاهش علائم نافرمانی گزارش شده توسط آزمودنیها در مرحله پس آزمون ۰/۲۷ و در پیگیری یک ماهه ۰/۳۳ بود.

**نتیجه‌گیری:** مداخله انجام شده روی مادران دختران دارای مشکلات دلبستگی در کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای دختران آنها مؤثر بود و پایبندی مادران به تداوم روش‌های درمانی باعث بهبودی بیشتر در مرحله پس آزمون شد. **واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر دلبستگی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مشکلات دلبستگی

m\_jahanbakhsh63@yahoo.com

\* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

mh\_bahadori@yahoo.com

\*\* کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

shole\_amiri@yahoo.com

\*\*\* دانشیار، گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

Jashidi.azar@gmail.com

\*\*\*\* کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

## مقدمه

رفتارهای ناشایست و نافرمانی از علل رایج ارجاع به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره است. اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی عود کننده از رفتارهای منفی کارانه، نافرمانی، سرکشی و خصم‌آلود در برابر اشخاص صاحب قدرت، است که تأثیرات وسیعی بر فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع دارد [۱]. در مورد دلایل بروز این اختلال، اختلاف نظر وجود دارد، اما پژوهش‌ها حاکی از آن است که بیشترین عامل تأثیرگذار بر بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای، رفتار والدین با کودک است [۲]. این کودکان به دلیل انجام رفتارهای مقابله‌ای و در نتیجه ضعف در تحصیل و برقراری رابطه با دیگران دارای خودپنداره‌ی ضعیف، درماندگی آموخته شده، افسردگی و پرخاشگری هستند [۳]. ون واگنر<sup>۱</sup> [۴] معتقد است که ناکامی در شکل دادن دلبستگی مطمئن در ماه‌های اولیه زندگی، می‌تواند تأثیرات منفی روی رفتارهای دوران کودکی و نیز بزرگسالی داشته باشد. کودکانی که اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و یا اختلال استرس پس از سانحه برایشان تشخیص داده شده است، غالباً دچار مشکلات دلبستگی و دارای تاریخچه‌ای از بدرفتاری، غفلت یا آسیب‌های دوران اولیه‌ی کودکی می‌باشند. بالبی در تأکید بر اهمیت ارتباط مادر و کودک بر این باور است که آنچه برای سلامت روان کودک ضروری است، تجربه یک ارتباط گرم، صمیمی و مداوم با مادر یا جانشین دائم اوست. او معتقد است که بسیاری از اشکال روان‌آزردگی‌ها و اختلال‌های شخصیت حاصل محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا عدم ثبات رابطه کودک با چهره دلبستگی است [۵]. بالبی به نقل از استیونسون و شولدیس<sup>۲</sup> [۶] بر اهمیت سبک رفتار مادری و تأثیر آن بر دلبستگی کودک تأکید کرده است. از نظر بالبی تجاربی که کودک با چهره دلبستگی در طول سال‌های رشد نایافتگی، نوزادی، دوران کودکی و نوجوانی کسب کرده است، تعیین کننده‌های اصلی مسیر تحول رفتار دلبستگی و الگوی دلبستگی فرد محسوب می‌گردد. بنابراین بین الگوی دلبستگی کودک و تعاملات با مادر، ارتباط نزدیکی وجود دارد. شکست مادر در ایجاد یک ارتباط گرم، حساس و

پاسخ دهنده در اولین سال زندگی مشکلات رفتاری پایداری در کودک ایجاد می‌کند [۷، ۸]. وجود هر گونه شکاف در تعامل مادر- کودک می‌تواند تأثیر منفی قاطعی بر تحول شخصیت کودک گذاشته و در آینده به اختلالات وخیم مرضی منجر گردد [۹]. فونگی<sup>۳</sup> [به نقل از ۱۰] اظهار می‌دارد که تجارب اولیه بین مادر و کودک می‌تواند به دلبستگی نایمن و در نتیجه مشکلات روان‌شناختی در بزرگسالی منجر شود. پژوهش جهان‌بخش [۱۱] نشان داد که همبستگی مثبت و معناداری بین مشکلات دلبستگی و اختلالات رفتاری وجود دارد. گاهی دلبستگی نایمن در کودک باعث وابستگی بیش از حد به مادر و دیگر مراقبان و بروز اضطراب شدید در مورد از دست دادن آنان و یا سایر اختلالات اضطرابی می‌گردد. زمانی که کودک نتواند به اطرافیانش اعتماد کند، در مقابل آنان در لاک دفاعی فرو می‌رود که منجر به رفتارهای مقابله‌ای خواهد شد [۱۲، ۱۳]. علائم اضطراب، افسردگی و یا خشم می‌توانند نشان دهنده‌ی تجربیات عاطفی منفی از روابط دلبستگی در گذشته و یا حال باشند [۱۴، ۱۵]. در مطالعه‌ی پشت محمدی، محمدخانی، پورشهباز و خوشابی [۱۶] اثربخشی مداخله ترکیبی درمان دلبستگی و آموزش والدین بر میزان علائم فزون کنشی کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی/ نارسانی توجه که مادرانشان سبک دلبستگی نایمن داشتند، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان دادند که میزان کاهش علائم فزون کنشی کودکان گزارش شده توسط آزمودنی‌ها در کل مطالعه از حدود ۴٪ تا ۲۶٪ بود. پژوهش دیگری [۱۷] نشان داد که درمان مبتنی بر دلبستگی در کاهش میزان اضطراب جدایی مؤثر است. خانجانی [۱۸] نیز در بررسی خود به این نتیجه رسید که کودکان کمتر از ۳ سال که بیشتر از ۳۵ ساعت در هفته تحت مراقبت غیرمادرانه (خویشاوندی- مهد کودکی) قرار می‌گیرند، در معرض خطر دلبستگی نایمن و مشکلات رفتاری و اجتماعی قرار دارند. فهم عوامل زیربنایی ایجاد کننده مشکلات دلبستگی، به درمان اختلالات رفتاری ناشی از مشکلات دلبستگی نیز کمک می‌نمایند [۱۹، ۲۰]. هانسون و اسپارت<sup>۴</sup> [۲۱] خاطرنشان می‌کنند که در سال‌های اخیر، تعداد کودکان

3-Fongy

4- Hanson &amp; Spratt

1- Vanwagner

2- Stevenson &amp; Sholdis

که آیا درمان مبتنی بر دلبستگی در کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای دختران دارای مشکلات دلبستگی مؤثر است؟

#### روش

**طرح پژوهش:** این پژوهش از دسته طرح‌های تجربی و کاربردی است که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه پی‌گیری سه ماهه و با استفاده از گزینش تصادفی عضویت گروهی اجرا گردید. متغیر مستقل درمان مبتنی بر دلبستگی بود که طی ۸ جلسه به صورت هفتگی بر روی مادران انجام شد و نمرات نافرمانی مقابله‌ای در دختران آنان به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

**آزمودنیها:** جامعه این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع دوم و چهارم ابتدایی بود. آن دسته از دانش‌آموزان دختر مقطع دوم و چهارم ابتدایی که در پرسشنامه مشکلات دلبستگی راندولف<sup>۵</sup> نمره بالاتر از ۳۰ و در بخش نافرمانی مقابله‌ای فرم سلامت روان کودکان انتاریو نمره بالاتر از ۱۰ به دست آوردند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از غربالگری، ۳۴ نفر انتخاب شده و به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۷ نفره کنترل و آزمایشی قرار گرفتند.

#### ابزار:

۱- پرسشنامه اختلال دلبستگی کودکان<sup>۶</sup>: پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف برای معرفی اختلالات دلبستگی ساخته شد. این پرسشنامه یک چک لیست ۲۵ سؤالی از فراوانی گزارشات والدین کودکان ۵ تا ۱۸ سال است و شامل مشکلات متعددی است که مراقب کودک در طول دو سال قبل مشاهده کرده است [۴۰]. این چک لیست توسط موحد [۴۱] ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن استخراج شده است. این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی تدوین شده که هر سؤال ۰ تا ۴ نمره دارد. نمرات این پرسشنامه در دامنه ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر از ۳۰ در این پرسشنامه نشان دهنده وجود مشکلات دلبستگی در کودکان است. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف برابر با ۰/۸۳ محاسبه شد که این میزان حاکی از همسانی درونی مطلوب سؤالات پرسشنامه می‌باشد. این ضریب همسانی درونی با ضریب همسانی

مبتلا به مشکلات دلبستگی به میزان قابل توجهی رو به افزایش است. از نظر نسخه چهارم اصلاح شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال دلبستگی بسیار نادر است [۲۲]، اما منابع جدیدتر معتقدند که اختلال دلبستگی تقریباً شایع است. ورنر- ویلسون و دیون پورت<sup>۱</sup> [۲۳] تخمین می‌زنند که حدود ۱ میلیون کودک در ایالات متحده آمریکا و تقریباً نیمی از کودکانی که به فرزند سپرده شده‌اند، دارای اختلال دلبستگی هستند. توماس<sup>۲</sup> [۲۴] و پرنل<sup>۳</sup> [۲۵] معتقدند که مناسب‌ترین درمان برای کودکان مبتلا به اختلالات و مشکلات دلبستگی، انجام مداخله دلبستگی درمانی است. تمرکز اصلی دلبستگی درمانی، تغییر دادن دیدگاه نسبت به جهان و بزرگسالان است. کودکان دارای مشکلات دلبستگی که تحت درمان‌های مبتنی بر دلبستگی قرار می‌گیرند، کم‌کم می‌آموزند که بزرگسالان می‌توانند قابل اعتماد، کمک‌کننده و تأمین‌کننده ایمنی باشند و برعکس تصور وی به او آزار نمی‌رسانند [۲۶، ۲۷]. فولر<sup>۴</sup> [۲۸] تأکید می‌کند که برای تأثیرگذار بودن درمان لازم است به جای تمرکز کامل بر کودک، خانواده و مراقبان اصلی کودک نیز تحت درمان و آموزش قرار بگیرند. هدف اصلی خانواده درمانی با رویکرد دلبستگی درمانی، ایجاد یک پایگاه و تکیه‌گاه ایمن برای کودک در خانواده است [۲۹]. آموزش به خانواده مبنی بر اینکه که چطور می‌توانند برای یکدیگر تکیه‌گاه ایمنی به وجود بیاورند، به اعضای خانواده کمک می‌کند که برای رفع مسائل و مشکلات خانواده در طول جلسات درمان و پس از آن از این روش‌ها استفاده نمایند [۳۰، ۳۱]. لذا با توجه به اهمیت مقوله دلبستگی و مسائل عاطفی عدیده‌ای که از عدم تشکیل صحیح چنین ارتباطی از طرف کودک با والدین به وجود می‌آید و از آنجایی که تحقیقات همه‌گیر شناختی، میزان شیوع اختلال نافرمانی در کودکان را رقم چشم‌گیری گزارش نموده‌اند، پژوهشگر بر آن شد که به بررسی میزان اثربخشی دلبستگی درمانی بر میزان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی بپردازد. هدف از این پژوهش نیز پاسخ به این پرسش بود

1- Werner-Wilson & Davenport

2- Thomas

3- Purnell

4- Fowler

5- Randolph

6- Randolph Attachment Disorder Questionnaire

اجرا شد. در ادامه با ارائه راهکارهایی به شرکت کنندگان آموزش داده شد تا در طول آموزش و درمان، شرایط زندگی خود را به گونه‌ای ثابت نگهدارند تا فقط متغیرهای درمانی پژوهش در سیر صعودی یا نزولی علائم و مشکلات کودکان مؤثر واقع گردد و تا حد امکان از تأثیرگذاری متغیرهای مزاحم بر متغیرهای وابسته جلوگیری گردد. به منظور رعایت اصول اخلاقی افرادی که در گروه کنترل قرار داشتند (که جمعاً ۱۶ نفر بودند)، بعد از پایان مداخله به مدت پنج جلسه تحت درمان مبتنی بر دلبستگی قرار گرفتند. در این پژوهش تنها یک نفر از اعضای گروه آزمایش ریزش داشت. از علل کم بودن میزان ریزش در این پژوهش می‌توان به تحصیل کرده بودن مادران، علاقمندی آنان به کاهش مشکلات رفتاری فرزندانشان، و عدم دریافت هزینه برای جلسات درمانی اشاره کرد. میزان رضایت مراجعین از درمان، درمانگر، محتوای جلسات، راهبردهای درمان و نتایج درمان در پایان درمان به وسیله یک مقیاس ۶ درجه مورد سنجش قرار گرفت که دامنه نمرات از ۴ تا ۶ بود. طرح درمان مبتنی بر دلبستگی برداشتی تلفیقی و ترکیبی از چارچوب درمانی اصول حساس سازی مادر «بریش»<sup>۲</sup> [۳۲]، اصول پاسخدهی مناسب به کودک «فرابرگ»<sup>۳</sup> [۳۳]، مبانی رفتار همدلانه با مادر از سوی درمانگر «پاول و لیبرمن»<sup>۴</sup> [۳۴]، تکنیک‌های دلبستگی و ارتباط «اروین»<sup>۵</sup> [۳۵]، روش دلبستگی درمانی «کراس»<sup>۶</sup> [۳۶]، روش‌های کاهش مشکلات رفتاری کودکان در مدرسه «پستین و روبین»<sup>۷</sup> [۳۷]، تکنیک قصه گویی برای کودکان دارای اختلال دلبستگی «نیکولز»<sup>۸</sup> [۳۸]، دلبستگی درمانی تحولی «مک جونووا و آن»<sup>۹</sup> [۳۹]، تکنیک مدیریت استرس، بازی درمانی، سناریو سازی است.

جلسه اول: معارفه، توضیح دلبستگی، علائم اختلال نافرمانی در کودکان و چگونگی ارتباط آن با دلبستگی

درونی با استفاده از روش دو نیمه کردن که توسط راندولف به دست آمد، یعنی ۰/۸۴ برای گروه مبتلا به اختلال دلبستگی و ۰/۸۱ برای گروه دارای مشکلات رفتاری اما فاقد اختلال دلبستگی قابل مقایسه است. حساسیت این پرسشنامه برابر با ۱۰۰ درصد و ویژگی آن برابر با ۹۰ درصد است. به عبارت دیگر این پرسشنامه توانسته است ۱۰۰ درصد از بیماران را بیمار و ۹۰ درصد افراد سالم را سالم تشخیص دهد. این میزان از حساسیت و ویژگی حاکی از قدرت تست در تشخیص عضویت گروهی افراد می‌باشد و از این جهت می‌توان آن را دارای روایی تشخیصی دانست [۴۱].

۲- پرسشنامه سلامت روان انثاریو: این پرسشنامه توسط بویلی<sup>۱</sup> در سال ۱۹۹۳ جهت سنجش سلامت روان کودک و بر اساس رفتار کودک در ۶ ماه گذشته تهیه شده است و دوره سنی ۶ تا ۱۶ سال را در بر می‌گیرد. مقیاس دارای دو بخش است. بخش (الف) در بر گیرنده اختلال‌های برونی شامل بیش فعالی - کمبود توجه، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای است و بخش (ب) اختلال‌های درونی افسردگی، اضطراب جدایی و فزون اضطرابی را شامل می‌شود. در این پژوهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد توجه قرار گرفته است، به همین دلیل صرفاً از زیر مقیاس مربوط به همین اختلال استفاده شده است. در ارزیابی بویلی اعتبار این آزمون با روش بازآزمایی ۰/۸ گزارش شد که این اعتبار با سایر چک لیست‌های مشکلات رفتاری کودکان قابل مقایسه است [۴۲]. در مطالعه امیری [۴۲] قابلیت اعتبار این آزمون برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، قابل توجه و با استفاده از ضریب آلفا ۰/۸۲ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۵ بوده است. همچنین برای بررسی قابلیت اعتبار فرم ایرانی که بر اساس نسخه چهارم اصلاح شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تدوین شده بود، از آلفای کرونباخ استفاده شد و برای بخش نافرمانی، آلفا برابر ۰/۷۹ به دست آمد.

**روند اجرای پژوهش:** پس از انتساب آزمودنیها به دو گروه آزمایش و کنترل، مداخله مبتنی بر دلبستگی به مدت ۱۰ جلسه درمان به صورت گروهی و به مدت دو ماه ونیم به صورت جلسات ۹۰ دقیقه‌ای روی مادران در گروه آزمایشی

1- Boily

- 
- 2- Brisch  
3- Fraiberg  
4- Pawl & Liberman  
5- Erwin  
6- Cross  
7- Epstein & Robin  
8- Nicholes  
9- Mcgenva & Aan

تکنیک تقویت کلامی کودک، سناریو سازی درباره ایجاد جو ارتباطی مثبت اعضای خانواده با یکدیگر و پرهیز از انزوای کودک.

جلسه هشتم: آموزش تکنیک مدیریت استرس در خانواده متمرکز بر کاهش میزان اضطراب کودک، آموزش تکنیک اطمینان بخشی به کودک در مورد حمایت همیشگی والدین از کودک و ترسیم آینده روشن برای کودک، سناریو سازی درباره افزایش تفریحات شاد والد-کودک.

جلسه نهم: توجه مادران برای آموزش تکنیک کنترل هیجانات به کودک در زمان بروز نافرمانی، سناریو سازی درباره چگونگی کنترل هیجانات در مورد رفتارهای هدف و تمرین با مادران.

جلسه دهم: بحث و تبادل نظر در مورد موانع موجود در بکارگیری تکنیک‌های آموزش داده شده، تشریح اهمیت تداوم عمل به آموخته‌ها به منظور ایجاد اعتماد اطمینان و ترمیم دلبستگی مادر-کودک، بحث و تبادل نظر در مورد میزان دستیابی به اهداف اولیه طرح درمانی و در نهایت جمع بندی و نتیجه گیری.

#### یافته‌ها

شرکت کنندگان این پژوهش را دختران دبستانی مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مادران آنان تشکیل می‌دادند. جلسات درمان مبتنی بر دلبستگی روی مادران انجام شده و چگونگی اثربخشی آن بر روی دخترانشان بررسی گردید. همه مادران حداقل مدرک دیپلم (۷۲/۵٪) و یا تحصیلات دانشگاهی (فوق دیپلم (۱۰٪)، لیسانس (۱۴/۵٪) و فوق لیسانس (۳٪)) داشتند. بعلاوه سایر ویژگی‌های دموگرافیک اعضای گروه آزمایش و کنترل نیز از جمله سن، ترتیب تولد دختران و همچنین سن و تحصیلات والدین ارزیابی شده و به کمک شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی و درصد توزیع) مورد مقایسه قرار گرفت. اما بررسی نتایج آزمون t مستقل نشان داد که اعضای دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی ذکر شده تفاوت معنی‌داری نداشتند، بنابراین، به علت عدم وجود همبستگی بین نیازی به کنترل آماری آنها نبود. میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال نافرمانی مقابله‌ای به تفکیک گروه‌های کنترل و آزمایش و مراحل پیش آزمون، پس آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

نایمن در کودکان و روند معیوبی که می‌تواند موجب بروز نافرمانی شود و ضرورت درمان به موقع.

جلسه دوم: منطق درمان مبتنی بر دلبستگی و تعیین اهداف درمان، تشریح نیازهای روانی و فیزیولوژیکی کودک و لزوم پاسخدهی به نیازها، آموزش تکنیک در دسترس بودن مادر، آموزش تکنیک سناریو سازی و تمرین آن، سناریو سازی درباره چگونگی پاسخدهی به نیازهای کودک و تمرین آن با مادران.

جلسه سوم: تشریح اهمیت ارتباط کلامی مثبت مادر و کودک در تحول عاطفی و هیجانی بهنجار کودک، آموزش تکنیک ارتباط کلامی با کودک، آموزش تکنیک قصه گویی برای کودک، سناریو سازی درباره پرسش و پاسخ و ارتباط کلامی مادر-کودک، سناریو سازی درباره تفهیم جایگاه کودک در خانواده و ایجاد احساس ارزشمندی در کودک.

جلسه چهارم: تشریح اهمیت ارتباط مثبت با کودک و لزوم تداوم و ثبات رفتار مثبت به منظور ترمیم حس اعتماد مختل در کودک، پرهیز از تظاهر و رفتارهای غیر واقعی در ارتباط با کودک، آموزش تکنیک تماس (جسمی و به ویژه چشمی)، سناریو سازی درباره چگونگی ابراز محبت واقعی به کودک، در آغوش کشیدن، نوازش کردن و بوسیدن کودک.

جلسه پنجم: آموزش تکنیک بازی والد-کودک و ایجاد شرایط بازی و تفریح گروهی برای کودک، تسهیل روابط دوستی کودک با همگنان و تشویق او به ایجاد ارتباط، فراهم کردن زمینه مشارکت فعال کودک در وظایف گروهی در مدرسه، سناریو سازی درباره همراهی فعال با کودک در بازی، شوخی با کودک و خنداندن وی.

جلسه ششم: آموزش اهمیت همکاری فعال در امور کودک به منظور افزایش تعامل مثبت مادر-کودک، سناریو سازی درباره چگونگی همکاری و تعامل مادر-کودک در امور مربوط به کودک و پرهیز از اجبار، آموزش تکنیک قوت بخشیدن به روابط کودک با همکلاسان و همگنان.

جلسه هفتم: بررسی مسائل رفتاری حل نشده در کودکان و بحث و تبادل نظر با والدین در مورد میزان تأثیر درمان مبتنی بر دلبستگی بر میزان مشکلات رفتاری قبلی کودکان، آموزش شاد و مهیج ساختن محیط زندگی کودک به منظور کاهش میزان افسردگی مادر و کودک، آموزش

نمرات گروه مداخله در پس آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش دارد. بعلاوه پس از گذشت ۳ ماه از اجرای طرح درمانی و پس از انجام پیگیری، مشخص شد که کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای اعضای گروه مداخله در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است. جهت پی بردن به این موضوع که آیا مداخله انجام شده منجر به تغییر معنادار میانگین نافرمانی مقابله‌ای در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است یا خیر، از تحلیل کواریانس استفاده و نتایج آن به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال نافرمانی مقابله‌ای

گروه	مراحل	انحراف معیار $\pm$ میانگین
کنترل	پیش آزمون	$۸/۴۳ \pm ۳/۱۶$
	پس آزمون	$۹/۰۶ \pm ۳/۳۹$
	پیگیری	$۹ \pm ۳/۹۱$
آزمایش	پیش آزمون	$۹/۱۸ \pm ۴/۰۲$
	پس آزمون	$۶/۷۵ \pm ۳/۰۶$
	پیگیری	$۶ \pm ۲/۳۶$

از آنجا که کسب نمره بیشتر در علائم اختلال نافرمانی نشان از شدت علائم دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین

جدول ۲) نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای دو گروه

متغیر وابسته	مراحل	شاخص متغیر	درجه آزادی	ضریب F	معناداری (p)	میزان تأثیر	توان آماری
نافرمانی مقابله‌ای	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۹۲/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۱۱/۰۴	۰/۰۰۲	۰/۲۷	۰/۸۹
	پیگیری	پیش آزمون	۱	۶۱/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۱۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۶

### بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر میزان علائم نافرمانی مقابله‌ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی بود. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری جهت کنترل متغیرهای هم‌گام نشان داد که گروه آزمایش پس از تعدیل میانگین‌ها و کنترل متغیرهای مداخله‌گر در مجموع کاهش معنی‌داری را در نمرات علائم نافرمانی مقابله‌ای نسبت به گروه کنترل گزارش نمودند. با توجه به نتایج مرحله پس آزمون، درمان مبتنی بر دلبستگی در بهبود علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر واقع شد. نتایج مرحله پیگیری نیز مؤید این مطلب بود که درمان مبتنی بر دلبستگی موجب تعمیق و پایداری اثرات درمان می‌شود. فرض بکارگیری درمان مبتنی بر دلبستگی در مورد اختلال نافرمانی مقابله‌ای این بود که از آن جایی که دلبستگی از مباحث اساسی و بنیادی تحول است، مشکلات دلبستگی و ارتباط معیوب والد-کودک منجر به بروز نافرمانی مقابله‌ای در کودک شده است. کودکی که از ابتدای تولد امنیت حاصل از وجود مادر را به طور کافی احساس ننموده، در زمان مناسب مادر را در دسترس نیافته

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود بین میانگین‌های نمرات نافرمانی افراد نمونه بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار می‌باشد ( $p < ۰/۰۰۱$ ). به دلیل این که تنها پیش آزمون با نمرات کل نافرمانی در پس آزمون و پیگیری رابطه دارد، لذا پیش آزمون متغیر مداخله‌گر محسوب شده و باید کنترل گردد. در واقع آن بخش از واریانس نمرات نافرمانی مقابله‌ای که مربوط به پیش آزمون است از کل واریانس نمرات آن کسر می‌گردد، لذا پیش آزمون به عنوان متغیر همگام وارد تحلیل کواریانس شده تا اثر آن از روی واریانس عضویت گروهی برداشته شود. با این وجود حتی بعد از کنترل اثر پیش آزمون، بین دو گروه از لحاظ پس آزمون و پیگیری مربوط به نمره کل نافرمانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و عضویت گروهی ۲۷ درصد از تغییرات مربوط به نمره کل علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در پس آزمون و ۳۳ درصد از تغییرات را در مرحله پیگیری تبیین می‌کند. توان آماری ۰/۸۹ در پس آزمون و ۰/۹۶ در مرحله پیگیری حاکی از کفایت حجم نمونه است.

دلبستگی در بهبود مشکلات اضطرابی و رفتاری کودکان دارای مشکلات دلبستگی مؤثر بودند. در این زمینه نیز می‌توان به تبیین‌های مربوط به تصحیح ارتباط نایمن والد- کودک و تبعات ناشی از آن اشاره نمود. در عین حال نوآوری پژوهش حاضر در بکارگیری درمان مبتنی بر دلبستگی روی علائم نافرمانی مقابله‌ای بوده است. به طور کلی با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن در زمینه مسائل و مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، درمان مبتنی بر دلبستگی می‌تواند به عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی در جهت کاهش مشکلات رفتاری این کودکان به کار گرفته شود. هر پژوهش با محدودیت‌هایی روبروست و این پژوهش نیز از این امر مستثنی نیست. این پژوهش روی نمونه‌ای از دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی شهر اصفهان انجام شده است. بنابراین، باید در تعمیم نتایج به سایر افراد با سن و جنس متفاوت محتاط بود. پژوهش‌های بعدی می‌توانند با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی در مورد سایر اختلالات رفتاری در جمعیت گسترده‌تر و در هر دو جنس، کمک شایانی برای درمان مشکلات و اختلالات رفتاری کودکان محسوب گردند. بعلاوه با توجه به ریشه دار بودن مقوله مشکلات دلبستگی، پیشنهاد می‌شود که به منظور آگاهی کامل‌تر از تأثیر درمان، پیگیری طولانی‌تر انجام شود. همچنین از آنجا که در این پژوهش، از روش درمان گروهی استفاده شد، پیشنهاد می‌شود که این شیوه درمانی به صورت فردی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

#### تشکر و قدردانی

این مطالعه تحت نظارت علمی دانشگاه اصفهان انجام شد و با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی ندارد. بر خود لازم می‌دانیم از تمامی کسانی که در انجام این مطالعه ما را یاری رساندند و همچنین از شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

#### منابع

- 1- سادوک بنیامین جیمز، سادوک ویرجینیا، خلاصه روان‌پزشکی، رفتاری و روان‌پزشکی بالینی (جلد اول و دوم)، فرزین رضاعی، مترجم، تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۸۸.
- 2- Barkley A. Defiant children: A clinical manual for assessment and parent treating. New York: Guilford Publication; 1997.
- 3- Behnke P. Enhancing parent-child Relation in Children with characteristic of Birth Oppositional

و تماس جسمی و به خصوص تماس چشمی مناسب با مادر را تجربه نموده است، نمی‌تواند به مادر اعتماد کند و این در حالی است که اعتماد، پایه اصلی هر ارتباط محسوب می‌شود. ارتباط والد- کودک نیز بدون وجود اعتماد کامل دو طرفه، ارتباط ایمن و مطلوبی محسوب نمی‌شود و نتیجه آن چیزی به جز رفتارهای مقابله‌ای و منفی کارانه کودک در برابر مادر نخواهد بود. عدم تصحیح این ارتباط و تداوم نایمینی دلبستگی پیامدهای منفی زیادی برای مادر و کودک خواهد داشت. مطالعات جدید نشان می‌دهند که نافرمانی و رفتارهای منفی کارانه کودکان تا حد بسیار زیادی با نایمینی دلبستگی و ارتباط نامطلوب والد- کودک در ارتباط است [۴۳، ۴۴]. در تأیید این نکته کینگ و نیونهام<sup>۱</sup> [۴۵] نیز پایه‌ی اصلی مشکلات رفتاری کودکان را را معلول مشکلات و اختلالات دلبستگی می‌داند و معتقد است که درمان‌های مبتنی بر دلبستگی به بهبود تعاملات والد- کودک کمک می‌کنند. درمان مبتنی بر دلبستگی با به کار گرفتن تکنیک‌هایی مثل آموزش در دسترس بودم مادر، تأمین نیازهای فیزیولوژیک و روانی کودک، تأمین امنیت کودک، تماس جسمی و به ویژه تماس چشمی، پاسخگو بودن، افزایش زمان گفتگو، بازی و تعامل دو به دو با کودک و ... ارتباط والد- کودک را تقویت نموده و به تدریج بی‌اعتمادی ناشی از نایمینی دلبستگی را به رابطه‌ای بر پایه اعتماد تبدیل نمود و به طبع آن تصحیح ارتباط والد- کودک نیز تا حد زیادی رفتارهای منفی کارانه و مقابله‌ای آنان را کاهش داد. از سوی دیگر به علت ریشه دار شدن و تبدیل به عادت شدن رفتارهای مقابله‌ای از تکنیک‌های اصلاح رفتار مثل تکنیک والدین تماشایی و یا تقویت منفی رفتارهای مقابله‌ای و تقویت مثبت رفتارهای مطلوب به منظور کاهش رفتارهای مقابله‌ای باقی مانده استفاده شد. اصلاح و درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای از آنجا اهمیت بیشتری می‌یابد که مطالعات متعدد [۴۸، ۴۹، ۵۰] حاکی از آنند که عدم درمان این اختلال پیش‌بینی کننده مهمی برای ابتلا به اختلالات ضد اجتماعی در آینده محسوب می‌شود. نتیجه این پژوهش با مطالعات قبلی [۱۶، ۱۷، ۱۸، ۴۶، ۴۷] همسو است. یافته‌های این پژوهش‌ها به طور قابل توجهی حاکی از آن است که درمان مبتنی بر

1- King & Newnham

- 19- Marvin RS, Whelan WF. Disordered attachments: Toward evidence-based clinical practice. *Attach & Human Dev.* 2003; (5): 283-288.
- 20- Weinberg HA. Improved Functioning in Children Diagnosed with Reactive Attachment Disorder after SSRI Therapy. *J Can Acad Child Adolesc Psychiat.* 2010; 19(1): 48-50.
- 21- Hanson RF, Spratt EG. Reactive attachment disorder: What we know about the disorder and implications for treatment. *Child Maltreat.* 2000; (5): 137-145.
- 22- American psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: American; 2000.
- 23- Werner-Wilson RJ, Davenport, BR. Distinguishing between conceptualizations of attachment: clinical implications in marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy.* 2003; (25): 179-193.
- 24- Thomas NL. Parenting children with Attachment disorders. In TM Levy, *Handbook of attachment interventions.* San Diego, CA: Academic press; 2000.
- 25- Purnell Ch. Attachment Theory and Attachment-Based Therapy. Attachment and Human Survival press; 2004.
- 26- Weir KN. Playing for Keeps: Integrating Family and Play Therapy to Treat Reactive Attachment Disorder. In: Drewes A, Bratton SC, Schaefer CE. *Hand book of Integrative play therapy.* Chichester: wiley. 2011: 192-231.
- 27- Bettemann JE, Tucker AR. Shifts in attachment relationships: A study of adolescents in wilderness treatment. *Child youth care forum.* 2011; 40(6): 499-519.
- 28- Fowler C. Increasing adoption opportunities for special needs children: County Department of Family Services. Washington, DC: National Adoption; 1998.
- 29- Byng-Hall J. Attachment theory and family therapy: A clinical view; 1990.
- 30- Byng-Hall J. Creating a secure base: Some implications of attachment theory for family therapy. *Family proc.* 1995; (34): 45-48.
- 31- Allen B. The Use and Abuse of Attachment Theory in Clinical Practice With Maltreated Children, Part I: Diagnosis and Assessment. *Trauma violence abuse.* 2011; 12(1): 3-12.
- 32- Brisch KH. Treating attachment disorders: From theory to therapy. New York: Guilford Press; 2002.
- 33- Fraiberg S. Pathological defenses in infancy. *Psychoanal Quarter.* 1982; (51): 612-635.
- 34- Pawl J, Liberman AF. Infant-parent psychotherapy. In J. Noshpitz (eds.), *Handbook of child and adolescence psychiatry* (pp. 185-213) New York: Basic book; 1997.
- 35- Erwin Ph. Friendship in childhood and adolescence. USA: Rutledge press; 1998.
- Defiant Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. [Dissertation] of Philosophy. University of Toronto; 2002.
- 4- Vanwagner K. Attachment theory. Available online at: <http://www.psychologyAbout.Com.info/attachment>. (2008).
- 5- Bowlby J. Attachment and loss: separation. New York: basic books; 1973.
- 6- Stevenson HJ, Shouldice A. Maternal intervention and self-reports related to attachment classification at 4. 5 years. *Child Dev.* 1995; (66): 583-596.
- 7- Fogel A. *Infant, Family and Society.* New York: Mets publishing company; 1997.
- 8- Urquiza AJ, Blacker D. *Parent-Child Interaction Therapy for Sexually Abused Children.* Wiley publication; 2012.
- ۹- منصور محمود، دادستان پریخ. روان شناسی ژنتیک. جلد اول. تهران: انتشارات سمت؛ ۱۳۸۱.
- 10- Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta psychiatri Scandinavia.* 2004; (109): 447-458.
- ۱۱- جهان بخش مرضیه. اثربخشی دلبستگی درمانی بر اختلالات رفتاری دانش آموزان دختر دوره ابتدایی شهر اصفهان [پایان نامه کارشناسی ارشد] دانشگاه اصفهان؛ ۱۳۸۹.
- 12- Isebella RA. Origins of attachment: Maternal interactive behavior actors the first year. *Child Dev.* 1993;( 64): 605-621.
- 13- Isebella RA, Belsky J. Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study. *Child Dev.* 1991; (62): 373-384.
- 14- Sable P. Attachment, etiology and adult psychotherapy. *Attach & Human dev.* 2004; (6): 3-19.
- 15- Nordahl HM, Weels A, Craig A. Association between abnormal psychosocial situations in childhood, generalized anxiety disorder and oppositional defiant disorder. *Aust newzealand j Psychiatry.* 2010; 44(9): 852-858.
- ۱۶- پشت محمدی مرجان، محمدخانی پروانه، پورشهباز عباس خوشایب کتابیون. اثربخشی مداخله ترکیبی درمان دلبستگی و آموزش فرزند پروری در مادران دلبسته نالیمین بر نشانه های کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی / نارسایی توجه. مجله روان شناسی بالینی. ۱۳۸۹؛ ۱(۳): ۶۳-۷۳.
- ۱۷- ذوالفقاری مطلق مصطفی، جزایری علیرضا، خوشایب کتابیون، مظاهری محمدعلی، کریملو مسعود. اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی. مجله روان پزشکی و بالینی ایران (اندیشه و رفتار). ۱۳۸۷؛ ۱(۲): ۳۸۸-۳۸۰.
- ۱۸- خانجانی زینب. بررسی رابطه جدایی های موقت روزانه مادر- کودک با شکل گیری دلبستگی و مشکلات رفتاری کودکان. نشریه دانشگاه ادبیات و علوم انسانی (تبریز). ۱۳۸۱؛ ۴(۵): ۱۶۲-۱۲۷.



- 50- Kolko DJ, Pardini DA. ODD dimensions, ADHD, and callous-unemotional traits as predictors of treatment response in children with disruptive behavior disorders. *J abnorm psychol.* 2010; 119(4): 713-725.
- 36- Cross K. Reactive attachment disorder and attachment therapy. *scientif rev mental health practice.* 2002; 1(2): 213-236.
- 37- Epstein M, Robin W. *Reducing Behavior Problems in the Elementary School classroom.* US: Institute of Education Sciences; 2010.
- 38- Nicholes M. *Family Attachment Narrative Therapy: Telling Healing Stories.* Available online at: <http://WWW.FamilyAttachment.Com/database/HNSRCPDF/view-.pdf>; 2004.
- 39- Lefebre-Mcgenva JA. *Developmental Attachment-based Play therapy (ADAPT (TM)): A new treatment for children diagnosed with reactive attachment and developmental trauma disorders.* [Dissertation]. University of Hartford; 2006.
- 40- Morgan PS. *Frequency of RAD diagnosis and attachment disorder in community mental health agency clients.* University of Louisville publisher; 2004.
- ۴۱- موحد مهسا. *هنجاریابی پرسشنامه سبک‌های دلبستگی کودکان راندولف [پایان‌نامه کارشناسی].* دانشگاه اصفهان؛ ۱۳۸۷.
- ۴۲- امیری شعله. *بررسی تحولی تضادورزی در منزلت اجتماعی گروه. مجله روان‌شناسان ایرانی.* ۱۳۸۳؛ ۱(۱): ۸۶-۸۵.
- 43- Guttman S, Crowell J. Attachment and Externalizing Disorders: A Developmental Psychopathology Perspective. *J Am acad child adolesc psychiatry.* 2006; 45(4): 440-451.
- 44- Kashdan TB, Jacob RG, Pelham WE, Lang AR, Hoza B, Blumenthal JD, et al. Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With Family Functioning. *J clin child adolesce psychol.* 2004; 33(1): 169-181.
- 45- King MG, Newnham K. Affective Anemia: an Interventional Focus for Attachment Disorder. *Australian J Edu & Dev Psychol.* 2008; (8): 103-113.
- 46- Sumpter JM. Research exchange. *Reactive attachment disorder: developing a developmental perspective.* Available online at: <http://www.epublications.marquette.edu/researchexchange/2011/Papers/3/> (2011).
- 47- Karver MS, Caporino N. The Use of Empirically Supported Strategies for Building a Therapeutic Relationship with an Adolescent With Oppositional-Defiant Disorder. *Cog behav practice.* 2010; 17(2): 222-232.
- 48- Burke JD, Hipwell AE. Dimensions of Oppositional Defiant Disorder as Predictors of Depression and Conduct Disorder in Preadolescent Girls. *J Am acad child adolesc psychiatry.* 2010; 49(5): 484-492.
- 49- Pardini DA, Frick PJ, Moffitt TE. Building an evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: introduction to the special section. *J abnorm psychol.* 2010; 119(4): 638-688.