

اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کیفیت دلبستگی و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۴/۰۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۶/۲۷

مریم صدری^۱، مهدی زارع بهرام‌آبادی^۲، مهناز غیائی^۳

چکیده

زمینه و هدف: همزمان با افزایش میزان شیوع اختلال‌های روانی، نگرانی در مورد سلامت روان کودکان و تاثیر آن بر تحول کودک، در سال‌های اخیر به طور چشمگیری افزایش یافته است و بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کیفیت دلبستگی و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام گرفت.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. برای این پژوهش ۳۰ کودک پسر با اختلال نافرمانی مقابله‌ای با روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس از آموزشگاه‌های شهر اصفهان انتخاب و سپس از مادران آنها جهت شرکت در پژوهش دعوت شد. گروه آزمایش ده جلسه آموزشی درمان مبتنی بر دلبستگی را دریافت کردند، در حالی که گروه گواه از این آموزش بی‌بهره بودند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان (اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو، ۱۹۸۴)، پرسشنامه کیفیت دلبستگی (راندولف، ۲۰۰۴)، و پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی ماتسن (۱۹۸۳) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کواریانس تک‌متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد، آموزش متغیر مستقل بر مؤلفه‌های کیفیت دلبستگی و مهارت اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر بوده است ($\alpha=0/05$).

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های حاصل از پژوهش، می‌توان از درمان مبتنی بر دلبستگی بر بهبود کیفیت دلبستگی و مهارت اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بهره برد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر دلبستگی، کیفیت دلبستگی، مهارت‌های اجتماعی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

۱. * نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران (Maryamsadri16@yahoo.com)

۲. دکترای مشاوره، گروه علوم رفتاری مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی، سازمان سمت، تهران، ایران

۳. دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

مقدمه

کودکان و نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مهارت‌های اجتماعی دچار نارسایی هستند. مهارت‌های اجتماعی به رفتارهایی گفته می‌شود که شالوده ارتباط‌های موفق و رو در رو را بنا می‌نهد (۶). مهارت‌های اجتماعی مجموعه‌ای از توانایی‌هایی هستند که روابط اجتماعی مثبت و مفید را آغاز و حفظ نمایند، دوستی و صمیمیت با همسالان را گسترش دهند، به افراد اجازه دهند که خود را با شرایط وفق دهند و تقاضاهای محیط اجتماعی را بپذیرند (۷). شاندر^۹ و همکاران مهارت‌های اجتماعی را به عنوان وسیله ارتباط میان فردی و محیط تعریف می‌کنند و معتقدند که این وسیله برای شروع و ادامه ارتباط سازنده و سالم با همسالان به عنوان بخش مهمی از بهداشت روانی، مورد استفاده واقع می‌شود (به نقل از ۸). تعامل‌های اجتماعی کارا، به وضوح برای سازش هیجانی و رفتاری و عملکرد موفق در خانه، مدرسه، محل کار و اجتماع ضروری هستند. رفتار میان فردی ماهرانه، به طور طبیعی دارای عواقب پاداش‌دهنده، از قبیل شروع و عمق بخشیدن به دوستی‌ها و کاهش منابع تنش‌زای زندگی هستند (۹).

همچنین دیدگاه‌های جدید بیان می‌دارند که کودکان مبتلا به این اختلال دچار نارسایی در مجموعه مهارت‌های مجزایی هستند که منجر به ایجاد نشانه‌های این اختلال می‌شود. کودکی که در پاسخ به درخواست‌های والدینش از کوره در می‌رود، ممکن است فاقد مهارت‌های شناختی و اجتماعی لازم برای برآورده کردن درخواست آنها باشد. همچنین ممکن است کودک، نارسایی در مهارت‌های شناختی اجرایی^{۱۰} مانند حافظه کاری^{۱۱}، راهبردهای حل مسئله سازمان‌یافته^{۱۲} و ... داشته باشد. این نارسایی می‌تواند توانایی آنها برای برآورده کردن درخواست‌های بزرگسالان را تحلیل برد (۱۰).

انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱ در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲، در گروه اختلال‌های مخرب، مهار تکانه و رفتار هنجاری هفت نوع اختلال را تعریف کرده است که شامل: اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۳، اختلال رفتار هنجاری^۴، اختلال انفجاری متناوب^۵، اختلال شخصیت ضداجتماعی^۶، آتش‌افروزی بیمارگون^۷، دزدی بیمارگون^۸، و اختلال‌های مخرب، مهار تکانه و رفتار هنجاری مشخص و نامشخص است (۱). کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری برای والدین چالش‌برانگیزند. این کودکان دارای رفتارهایی هستند که بر افراد و محیط پیرامون‌شان تأثیر منفی می‌گذارد و معمولاً نتیجه انجام این رفتارهای منفی نیز به خود آنها باز می‌گردد (۲). از میان این هفت اختلال، اختلال نافرمانی مقابله‌ای از جمله رایج‌ترین اختلال‌های روانی است که در کودکان پیش‌دبستانی یا اوایل سن مدرسه و پیش از نوجوانی بروز می‌کند. این اختلال به عنوان الگویی از سطوح نامناسب و عودکننده‌ای از منفی‌کاری، مخالفت، سرکشی و رفتار خصمانه نسبت به مراجع قدرت تعریف شده است. کودکان مبتلا به این اختلال، اساساً در روابط با والدین، معلمان و همسالان دچار نارسایی هستند و از نظر مهارت‌های اجتماعی و قابلیت تحصیلی در سطح پایین‌تری از همسالان خود قرار دارند (۳).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای با درجات بالایی از آسیب در مهارت‌های اجتماعی، تعاملات خانوادگی و عملکرد تحصیلی مرتبط است (۴). پژوهش کوی، اسپلتز و دکلن (۵) در این زمینه نشان می‌دهد که پسران مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای نسبت به گروه بهنجار در رمزگردانی اطلاعات اجتماعی، عملکرد ضعیفی بروز می‌دهند.

7. Pyromania
8. Kleptomania
9. Shandier
10. Executive cognitive skills
11. Working memory
12. Organized problem solving

1. American psychiatric association (APA)
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)
3. Oppositional defiant disorder (ODD)
4. Conduct disorder (CD)
5. Intermittent explosive disorder
6. Anty social personality disorder

روی آورد، ایجاد یک پایگاه و تکیه گاه ایمن برای کودک در خانواده است. آموزش به خانواده مبنی بر اینکه چطور می تواند برای یکدیگر تکیه گاه ایمنی به وجود بیاورند، به اعضای خانواده کمک می کند که برای رفع مسائل و مشکلات خانواده در طول جلسات درمان و پس از آن از این روش ها استفاده نمایند (۱۸).

حال با توجه به اثربخشی درمان دلبستگی محور بر مشکلات کودکان از جمله سلامت روان دختران دبستانی (۱۹)، کاهش اضطراب جدایی (۲۰)، پرخوری و چاقی کودکان (۲۱)، همچنین کمبود پژوهشی در ایران برای بررسی اثربخشی این درمان بر کیفیت دلبستگی و مهارت اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای، در این پژوهش سعی بر آن شد تا تأثیر درمان دلبستگی محور را بر مؤلفه های بالا مورد بررسی قرار دهند.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش از نوع نیمه آزمائشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. متغیر مستقل درمان مبتنی بر دلبستگی و متغیرهای وابسته مهارت های اجتماعی و کیفیت دلبستگی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی مادران کودکان پسر دوره دبستان با اختلال نافرمانی مقابله ای مشغول به تحصیل در آموزشگاه های شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ تشکیل می دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه گیری غیراحتمالی در دسترس استفاده گردید. بدین صورت که از بین مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهر اصفهان، مرکز مشاوره اداره آموزش و پرورش ناحیه ۶ اصفهان انتخاب و با مراجعه به این مرکز از متصدی درخواست گردید که فهرست دانش آموزان دبستانی که با علائم اختلال نافرمانی مقابله ای به این مرکز ارجاع داده شده بودند را ارائه نمایند. با مصاحبه بالینی با والدین این کودکان مشخص شد که تعداد ۳۹ نفر از این افراد، مبتلا به اختلال

پژوهش ها حاکی از آن است که بیشترین عامل تأثیرگذار بر بروز اختلال نافرمانی مقابله ای، رفتار والدین با کودک است. این کودکان به دلیل انجام رفتارهای مقابله ای و در نتیجه ضعف در تحصیل و برقراری رابطه با دیگران دارای خودپنداشت ضعیف، استیصال اکتسابی، افسردگی و پرخاشگری هستند (۱۱). ون واگنر معتقد است که کام نایافتگی در شکل دادن دلبستگی مطمئن در ماه های اولیه زندگی، می تواند تأثیرات منفی روی رفتارهای دوران کودکی و نیز بزرگسالی داشته باشد. کودکانی که اختلال نافرمانی مقابله ای، اختلال رفتار هنجاری و یا اختلال تنیدگی پس از ضربه برایشان تشخیص داده شده است، غالباً دچار مشکلات دلبستگی و دارای سابقه بد رفتاری، غفلت یا آسیب های دوران اولیه کودکی هستند (۱۲). 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 روان آزرده گی ها و اختلال های شخصیت حاصل محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا عدم ثبات رابطه کودک با چهره دلبستگی است (به نقل از ۱۳).

بر همین اساس پژوهش حاضر از درمان دلبستگی محور بهره برده است، چرا که توماس (۱۴) و پرل (۱۵) معتقدند که مناسب ترین درمان برای کودکان مبتلا به اختلال ها و مشکلات دلبستگی همچون اختلال نافرمانی مقابله ای، انجام مداخله دلبستگی درمانی است. تمرکز اصلی درمان مبتنی بر دلبستگی، تغییر دادن دیدگاه فرد نسبت به جهان و بزرگسالان است. کودکان دارای مشکلات دلبستگی که تحت درمان های مبتنی بر دلبستگی قرار می گیرند، کم کم می آموزند که بزرگسالان می توانند قابل اعتماد، کمک کننده و تأمین کننده ایمنی باشند و بر عکس تصور وی، به او آزار نمی رسانند (۱۶). فولر (۱۷) تأکید می کند که برای تأثیرگذار بودن درمان لازم است به جای تمرکز کامل بر کودک، خانواده و مراقبان اصلی کودک تحت درمان و آموزش قرار بگیرند. هدف اصلی این

این ابزار در این پژوهش نشان داد که برای اختلال‌های نارسایی توجه - فزون‌کنشی، نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار هنجاری، پایایی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ به دست آمد.

۲. پرسشنامه اختلال دلبستگی کودکان: پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف (۲۰۰۴) برای معرفی اختلال‌های دلبستگی ساخته شد. این پرسشنامه یک فهرست ۲۵ سوالی از فراونی گزارش‌های والدین کودکان ۵ تا ۱۸ سال است و شامل مشکلات متعددی است که مراقب کودک در طول دو سال قبل مشاهده کرده است (۲۵). این فهرست توسط موحد (۲۶) ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن استخراج شده است. این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی تدوین شده است که هر سوال ۰ تا ۴ نمره دارد. نمرات این پرسشنامه در دامنه ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر از ۳۰ در این پرسشنامه نشان‌دهنده وجود مشکلات دلبستگی در کودکان است. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف برابر ۰/۸۳ محاسبه شد که این میزان حاکی از همسانی درونی مطلوب سوالات پرسشنامه است. این ضریب همسانی درونی با ضریب همسانی 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 آزمون در تشخیص عضویت گروهی افراد است و از این جهت می‌توان آن را دارای روایی تشخیصی دانست (۲۶).

۳. پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی: پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی برای سنجش مهارت‌های اجتماعی کودکان و نوجوانان تهیه شده است. این پرسشنامه توسط ماستن (۱۹۹۸)

نافرمانی مقابله‌ای هستند. جهت اطمینان از وجود این اختلال در نزد این کودکان از والدین آنها درخواست گردید که پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان را جهت تشخیص تکمیلی پاسخ دهند. از بین کودکانی که تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای را دریافت نمودند، ۳۰ کودک انتخاب و از مادران آنها جهت شرکت در پژوهش دعوت شد. در گام بعد ۳۰ مادر انتخاب شده به شکل تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شده‌اند (۱۵ مادر در گروه آزمایش و ۱۵ مادر در گروه گواه).

ب) ابزار

۱. پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۶ ساله: پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان^۱ با ۱۱۰ سوال، به منظور غربالگری اختلال‌های رفتاری و هیجانی در کودکان سنین ۶ تا ۱۶ ساله توسط اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ ساخته شده است (۲۲). این پرسشنامه دارای دو فرم معلم و والد است که در این پژوهش از فرم والد استفاده شده است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به روش لیکرت در یک مقیاس چهار درجه‌ای هرگز، گاهی، اغلب اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود.

در یکی از مطالعاتی که توسط گرایسون و کارلسون (۲۳) انجام گرفت، حساسیت این ابزار برای اختلال نافرمانی، اختلال رفتار هنجاری و اختلال نارسایی توجه - فزون‌کنشی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۷۷ گزارش شد. در مطالعه‌ای که توسط گادو و اسپرافکین (۲۲) انجام گرفت، اعتبار بازآزمایی پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان مورد بررسی قرار گرفت. آمرمان، اسلومکا، ریگل، زاپادکا و کینی (۲۴) روایی سازه پرسشنامه ارزیابی سلامت روان کودکان و نوجوانان استونی بروک مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که نمره‌ها با فرم رفتاری کودک و پرسشنامه شخصیتی کودکان^۲ همبستگی مثبتی دارند. نتایج بررسی شاخص‌های روان‌سنجی

2. Personality Inventory for Children

1. Child and adolescent mental health assessment questionnaire

تا ۳ هفته بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ و همچنین میزان همسانی درونی این مقیاس برابر با ۰/۷۹ گزارش شده است (به نقل از ۲۸). جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت مادران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنها نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. در نهایت، بر روی گروه آزمایش درمان مبتنی بر دل‌بستگی انجام شد در حالی که گروه گواه به همان روش جاری و معمول آموزش می‌دید.

ساخته شده و ۵۶ گویه دارد و مهارت‌های اجتماعی مناسب، رفتارهای غیراجتماعی، پرخاشگری، برتری طلبی و حسادت/ گوشه‌گیری را اندازه‌گیری می‌کند. آزمودنی براساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً مخالفم یا کاملاً موافقم) به هر گویه پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۲۲۴ است (۲۷). یوسفی و خیر (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. همچنین اعتبار همزمان این پرسشنامه با آزمون مهارت‌های اجتماعی بیابانگرد ۸۳/۸۳ است. ضریب پایایی این مقیاس از طریق ضریب بازآزمایی در فاصله زمانی ۱

جدول ۱: خلاصه جلسات دل‌بستگی درمانی

ردیف	جلسه	شرح جلسه
۱	جلسه اول	معارفه، اجرای پیش‌آزمون، توضیح دل‌بستگی، علائم اختلال نافرمانی در کودکان و چگونگی ارتباط آن با دل‌بستگی ناایمن در کودکان و روند معیوبی که می‌تواند موجب بروز نافرمانی شود و ضرورت درمان به موقع.
۲	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، آموزش تکنیک سناریو سازی و تمرین آن، سناریو سازی درباره چگونگی پاسخدهی به نیازهای کودک و تمرین آن با مادران.
۳	جلسه سوم	تشریح اهمیت ارتباط کلامی مثبت مادر و کودک در تحول عاطفی و هیجانی بهنجار کودک، آموزش تکنیک ارتباط کلامی با کودک، تکنیک قصه‌گویی برای کودک، سناریو سازی درباره پرشش و پاسخ و ارتباط کلامی مادر- کودک، سناریو سازی درباره تفهیم جایگاه کودک در خانواده و ایجاد احساس ارزشمندی در کودک.
۴	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 غیرواقعی 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.
۵	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 خندانند وی.
۶	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.
۷	جلسه هفتم	بررسی مسائل رفتاری حل‌نشده در کودکان و بحث و تبادل نظر با والدین در مورد میزان تاثیر 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 تکنیک تقویت کلامی کودک، سناریو سازی درباره ایجاد جو ارتباط مثبت اعضای خانواده با یکدیگر و پرهیز از انزوای کودک.
۸	جلسه هشتم	آموزش تکنیک مدیریت تنیدگی 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.

- ۹ جلسه نهم توجه مادران برای آموزش تکنیک مهار هیجان‌ها به کودک در زمان بروز نافرمانی، سناریوسازی درباره چگونگی کنترل هیجان‌ها در مورد رفتارهای هدف و تمرین با مادران.
- ۱۰ 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 جمع‌بندی و نتیجه‌گیری. اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

کلموگراف- اسمیرنف: جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای و آزمون لوین: جهت بررسی همگنی واریانس نمرات) از نظر خواهد گذشت و در انتها یافته‌های استنباطی پژوهش ارائه می‌شود.

در قسمت نتایج ابتدا به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهش (میانگین و انحراف معیار) پرداخته خواهد شد و سپس بررسی پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک (آزمون

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مهارت‌های اجتماعی	۵۲/۲۰	۵/۸۲	۶۱/۴۰	۵/۸۵
	۵۱/۲۰	۱۵۹	۵۳/۲۰	۵/۳۳
کیفیت دلبستگی	۵۰/۳۳	۲/۶۳	۴۲/۶۶	۳۳۳
	۵۱/۶۶	۵/۴۳	۵۰/۰۶	۵/۲۸

اساس نتایج آزمون کلموگراف- اسمیرنف بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($p > 0.05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن بیانگر عدم معناداری آماره آن بود که نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0.05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات مهارت اجتماعی و کیفیت دلبستگی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون دچار تغییراتی شده است. بنابراین جهت بررسی معناداری این تغییرات به بررسی نتایج تحلیل کواریانس پرداخته می‌شود. قبل از ارائه نتایج تحلیل کواریانس برقراری مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نمرات پس‌آزمون مهارت‌های اجتماعی و کیفیت دلبستگی در دو گروه

شاخص متغیر	مجموع	درجه	میانگین	ضریب F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
	مجذورات	آزادی	مجذورات				
پیش‌آزمون مهارت اجتماعی	۲۶/۸۳	۱	۲۶/۸۳	۰/۸۵	۰/۳۶	۰/۰۳	۰/۱۴
گروه‌بندی	۵۳۰/۷۴	۱	۵۳۰/۷۴	۱۶/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۷
پیش‌آزمون کیفیت دلبستگی	۲۲/۰۱	۱	۲۲/۰۱	۱/۱۳	۰/۲۹	۰/۰۴	۰/۱۷

۰/۹۹	۰/۴۵	۰/۰۰۱	۲۲/۱۸	۴۳۰/۷۴	۱	۴۳۰/۷۴	گروه‌بندی
------	------	-------	-------	--------	---	--------	-----------

مقابل فرزندان خود واکنش‌های غیر قابل پیش‌بینی و ناهمساز داشتند (۳۱).

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 نایمی 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 نایمی دلبستگی و ارتباط نامطلوب والد کودک در ارتباط است (۳۲). در تأیید این نکته کینگ و نیونهام (۳۳) نیز پایه اصلی مشکلات رفتاری کودکان را معلول مشکلات و اختلال‌های دلبستگی می‌دانند و معتقدند 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 بودن 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 نایمی 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 آنها را کاهش داد.

درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای از آنجا اهمیت بیشتری می‌یابد که مطالعات متعددی حاکی از آنند که عدم درمان این اختلال پیش‌بینی‌کننده اختلال رفتار هنجاری، اختلال خلقی و اختلال شخصیت ضداجتماعی و یا رفتارهای بزهکارانه و پرخاشگرانه جدی در نوجوانی و بزرگسالی هستند (۳۴). پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همچون محدودیت جغرافیایی، جنسیتی و عدم برگزاری آزمون پیگیری (به دلیل محدودیت زمانی) مواجه

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که درمان مبتنی بر دلبستگی بر مؤلفه‌های مهارت اجتماعی و کیفیت دلبستگی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر معنادار داشته است ($P < 0/001$). اندازه اثر مؤلفه‌های بالا به ترتیب ۳۸ و ۴۵ درصد است. این بدان معناست که به ترتیب ۳۸ و ۴۵ درصد از واریانس مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی و کیفیت دلبستگی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای توسط درمان مبتنی بر دلبستگی تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر درمان مبتنی بر دلبستگی بر کیفیت دلبستگی و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای صورت گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر دلبستگی بر مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی و کیفیت دلبستگی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر معنادار داشته است ($P < 0/001$). یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش مارتینز و کافان (۲۹)، پارنل (۱۵) و کورو، اسنیو و رجو (۳۰) همسو بود. چنانکه این پژوهشگران نیز در نتایج پژوهش خود بیان نموده‌اند که می‌توان از درمان مبتنی بر دلبستگی جهت کاهش مشکلات رفتار و دلبستگی کودکان بهره برد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مهمترین عامل در پیش‌بینی بزهکاری کودکان و نوجوانان، کیفیت روابط خانوادگی و کیفیت دلبستگی آنهاست. به طور کلی بزهکاران در خانواده‌های سهل‌انگار، نامتعادل، یا بی‌اندازه سخت‌گیر رشد کرده‌اند که در آنها والدین برای برقراری انضباط بیشتر، به تنبیه‌های بدنی متوسل می‌شدند. فقدان نظارت خانوادگی و عدم شکل‌گیری صحیح رابطه‌های مبتنی بر دلبستگی مهمترین عامل در ایجاد مشکلات رفتاری است و والدین این افراد در

بود. بر اساس همین محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در محدوده‌های جغرافیایی دیگر، بر روی پدران و با آزمون پیگیری صورت پذیرد تا قدرت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد.

تشکر و قدردانی: از تمامی مادران شرکت کننده در این پژوهش به خاطر همکاری صادقانه‌شان بسیار سپاسگزاریم.



References

1. Ganji H. Psychopathology based on the fifth edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Tehran: Savalan; 2013. [Persian].
2. Gholamzade Khadar M, Babapour J, Sabourimoghaddam H. The effect of art therapy based on painting therapy in reducing symptoms of oppositional defiant disorder (ODD) in elementary School Boys. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2013; (84): 1872 ° 1878.
3. Skoulos V, Tryon GS. Social Skills of Adolescents in Special Education who Display Symptoms of Oppositional Defiant Disorder. *Am J Pharm Educ*. 2007; 35(2): 103-114.
4. Spencer TJ, Abikoff HB, Connor DF, Biederman J, Pliszka SR, Boellner S, Read, SC, Pratt R. Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (adderall XR) in the management of Oppositional Defiant Disorder with or without comorbid attention- deficit / hyperactivity disorder in school aged children and adolescents. *Clinical Therapeutics*. 2006; 28(3): 402- 418.
5. Coy K, Speltz ML, DeKlen M. Social-Cognitive processes in Preschool Boys With and without Oppositional Defiant Disorder- Statistical Data Included. *J Abnorm Child psychol*. 2001; 29(2):107-119.
6. LaGasse AB. Effects of a music therapy group intervention on enhancing social skills in children with autism. *J Music Ther*. 2014; 51 (3): 250-275.
7. Gresham FM, Watson TS, Skinner CH. Functional behavioral assessment: Principles, procedures, and future directions. *School psychology review*. 2001; 30(20): 150-172.
8. Mafra H. Development of learning and social skills in children with learning disabilities: an educational intervention program. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015; (209): 221 ° 228.
9. Steedly KM, Schwartz A, Stephen L, Luke D. Social skills and academic achievement. Evidence for education. 2008; 3(2): 1-8.
10. Tiggs PL. Play Therapy Techniques for African American Elementary School-Aged Children Diagnosed with Oppositional Defiant Disorders [Dissertation of Doctor of Philosophy], Capella University; 2010.
11. Barkley A. Defiant children: A clinical manual for assessment and parent treating. New York: Guilford Publication; 1997.
12. Vanwagner K. Attachment theory. Available From: [http://www.psychologyAbout. Com.info/attachment](http://www.psychologyAbout.Com.info/attachment); 2008.
13. Behnke P. Enhancing parent-child Relation in Children with characteristic of Birth Oppositional Defiant Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder [Dissertation of Philosophy]. University of Toronto; 2002.
14. Thomas NL. Parenting children with Attachment disorders. In TM Levy, Handbook of attachment interventions. San Diego, CA: Academic press; 2000.
15. Purnell CH. Attachment theory and attachment- based therapy. In: Green M, Scholes M, editors. Attachment and human survival. London: Karnac Books; 2004.
16. Weir KN. Playing for Keeps: Integrating Family and Play Therapy to Treat Reactive Attachment Disorder. In: Drewes A, Bratton SC; 2011.
17. Fowler C. Increasing adoption opportunities for special needs children: County Department of Family Services. Washington, DC: National Adoption; 1998.
18. Bettemann JE, Tucker AR. Shifts in attachment relationships: A study of adolescents in wilderness treatment. *Child Youth Care Forum*. 2011; 40(6): 499-519.
19. Jahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri SH, Jamshidi A. The effectiveness of attachment-based therapy on mental health in girls with attachment problems. *J Ment Health*. 2011; 3(14): 140-51. [Persian].
20. Zolfegari Motlaq M, Jazayeri E, Khoshabi K, Mazaheri ME, Karimlo M. The effectiveness of attachment-based therapy to alleviate the symptoms of separation anxiety disorder, *J Clin Psychiat and Iran (thoughts and behavior)*. 2008; 3(4): 380-88. [Persian].

21. Dash Bozorgi Z, Amiri SH, Mazaheri E, Talebi H. The impact of attachment-based intervention on overeating and Obesity. *J Soc Psychol.* 2013; 29: 60-45. [Persian].
22. Gadow KD, Sparfkin J. *Child symptom inventories manual.* Story brook, NY: Chechmate plus; 1994.
23. Grayson P, Carlson GA. The utility of a DSM-III-R-based checklist in screening child psychiatric patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1991; 30(40): 64-673.
24. Ammerman RT, Slomka G, Reigel DH, Zapadka ME, Kane V. Neuro cognitive and neurosurgical correlates of psychiatric symptomatology in spina bifida. In: *Sci Proceed Annual Meet Am Academy Child and Adolescen Psychiat.* 1999; 13: 12.
25. Morgan PS. Frequency of RAD diagnosis and attachment disorder in community mental health agency clients. University of Louisville publisher; 2004.
26. Movahed M. Standardization of children's attachment style questionnaire Randolph [Thesis]. [Isfahan, Iran], University of Isfahan; 2008. [Persian].
27. Matson JL, Rotatori AF, Helsel WJ. Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behav Res Ther.* 1983; 21(4): 335-34.
28. Farmer RF, Sundberg ND. Boredom proneness the development and correlates of a new scale. *J Pers Assess.* 1986; 50(5): 4-17.
29. Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a metaanalytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000; 41(6): 737-46.
30. Corem S, Snir S, Regev D. Patients' attachment to therapists in art therapy simulation and their reactions to the experience of using art materials. *Arts Psychother.* 2015; 45: 11-17.
31. 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 Psychiatr Scand.* 2004; 109(6): 447-56.
32. Kashdan TB, Jacob RG, Pelham WE, Lang AR, Hoza B, Blumenthal JD. Depression and Anxiety in Parents of Children with ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships with Family Functioning. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2004; 33(1): 169-181.
33. King MG, Newnham K. Affective Anemia: an Interventional Focus for Attachment Disorder. *Australian Journal of Educational and Developmental Psychology.* 2008; (8): 103- 113.
34. Nordahl HM, Weels A, Craig A. Association between abnormal psychosocial situations in childhood, generalized anxiety disorder and oppositional defiant disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010; 44(9): 852-858.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی

Effectiveness of Attachment-Oriented Therapy on the Quality of Attachment and Social Skills in Children with Oppositional Defiant Disorder

Maryam Sadri¹, Mehdi Zare Bahramabadi², Mahnaz Ghiasi³

Received: June 26, 2016

Accepted: September 17, 2016

Abstract

Background and Purpose: As a result of the dramatic increase in mental health illness rate, we have witnessed a growing concern about children's psychological health and its effect on child development in recent years. Therefore, current study aimed to investigate the effectiveness of attachment-oriented therapy and social skills in children with oppositional defiant disorder.

Method: Present research had a quasi-experimental design with pretest-posttest and control group. The study population consisted of all boys with oppositional defiant disorder who were studying at the institutes of Isfahan in 2015-16 academic year. 30 boys with oppositional defiant disorder were selected using nonprobability sampling method, and then, their mothers were invited to participate in the study. The experimental group received a ten-session course on attachment-oriented therapy, while the control group did not receive any intervention. The study instruments included children and adolescents mental health assessment questionnaire (Sprafkin, Lani, Unitat and Gado, 1984), Randolph's attachment quality questionnaire (2004), and Matson's social skills (1983). Data were analyzed using univariate analysis of covariance.

Results: Findings suggested that attachment-oriented therapy had a significant effect on the components of attachment quality and social skills of children with oppositional defiant disorder ($P < 0.05$).

Conclusion: According to our findings, attachment-oriented therapy can be administered to improve attachment quality and social skills in the children with oppositional defiant disorder.

Keywords: Attachment-oriented therapy, attachment quality, social skills, oppositional defiant disorder

1. *Corresponding author: M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Maryamsadri16@yahoo.com)

2. Ph.D in Consulting, Department of Behavioral Sciences, Samt Organization, Tehran, Iran

3. Ph.D Student in Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran