

اثربخشی درمان دلبستگی مادران بر علائم فزون اضطرابی دختران دارای مشکلات دلبستگی

مرضیه جهان بخش^{۱*}، محمدحسین بهادری^۲، شعله امیری^۳ و آذر جمشیدی^۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۳/۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۹۰/۱۰/۳۰؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۲۶

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی درمان دلبستگی مادران بر علائم فزون اضطرابی دختران دارای مشکلات دلبستگی آن‌ها بود. **روش:** روش پژوهش تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری و نمونه هدف ۳۲ دانش‌آموز از جامعه ۳۸۸ نفری دانش‌آموزان مقطع دوم و چهارم ابتدایی شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹ بود که بیشترین نمره را در مشکلات دلبستگی و علائم فزون اضطرابی به‌دست آوردند و مادران آن‌ها نیز در پژوهش شرکت داده شدند. از پرسشنامه مشکلات دلبستگی راندولف (۱۹۹۷) و سلامت روان کودکان انتاریو (۱۹۸۷) استفاده شد. جلسات درمانی به صورت ۱۰ جلسه گروهی در مورد مادران انجام و تأثیر آن بر میزان فزون اضطرابی دخترانشان بررسی شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر دلبستگی مادران باعث کاهش علائم فزون اضطرابی و در نتیجه بهبود دخترانشان در پس‌آزمون و در پیگیری یک ماهه شد. این میزان از کاهش علائم در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه نیز معنادار بود. **نتیجه‌گیری:** درمان دلبستگی مادران راهبردهای کارآمد و سودمندی را برای درمان اختلال فزون اضطرابی کودکانی که از مشکلات دلبستگی رنج می‌برند، در اختیار والدین و مراکز روان‌درمانی کودکان قرار می‌دهد.

کلید واژه‌ها: دلبستگی درمانی، فزون اضطرابی، مادران، مشکلات دلبستگی
برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی سال ۱۳۸۹

Email: m_jahanbakhsh63@yahoo.com

۱. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۳. دانشیار دانشگاه اصفهان

۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

مقدمه

اضطراب را می‌توان به‌عنوان یک پاسخ هیجانی پیچیده به یک موقعیت ناشناخته یا شناخته شده مربوط به خطری بسیار کوچک تعریف نمود (الاندیک و هورچ^۱، ۲۰۰۶). ویژگی اصلی اختلال فزون اضطرابی، نگرانی و اضطراب شدید و غیرواقعی بینانه درباره تقریباً همه امور زندگی است. وانگهی نگرانی و اضطراب در آن مثل سایر اختلال‌های اضطرابی نیست. کنترل این نگرانی و اضطراب شدید باید برای شخص مبتلا، سخت باشد و حداقل ۶ ماه به طول بینجامد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). کودک مبتلا به فزون اضطرابی درباره همه اتفاقات و مسایل نگران است، حتی اگر همیشه به‌خوبی عمل کند و مورد قضاوت قرار نگیرد. این کودکان به دلیل اضطرابشان، کمال‌گرا و نامطمئن به توانایی‌های خود هستند و در صورت وجود کوچک‌ترین نقضی تمایل به انجام دوباره کار دارند و همواره در جستجوی تأیید و اطمینان یافتن از عملکرد خود توسط دیگران هستند (گزارش جراحان عمومی^۲، ۲۰۰۵). اگرچه میزانی از اضطراب می‌تواند سازنده و مفید باشد، اما این حالت ممکن است جنبه مزمن و مداوم بیابد که در این صورت نه تنها نمی‌توان پاسخ را سازش‌یافته تلقی کرد، بلکه باید آن را به منزله منبع شکست، سازش‌نیافتگی و استیصال گسترده‌ای تلقی کرد که فرد را از بخش عمده‌ای از امکاناتش محروم می‌کند (دادستان، ۱۳۸۴). بالبی^۳ (۱۹۷۳) در تأکید بر اهمیت ارتباط مادر و کودک معتقد است آنچه که برای سلامت روانی 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. از نظر بالبی تجاربی که کودک با چهره دلبستگی در طول سال‌های رشد نیافتگی، نوزادی، دوران کودکی و نوجوانی کسب کرده است، تعیین‌کننده‌های اصلی مسیر تحول رفتار دلبستگی و الگوی دلبستگی فرد محسوب می‌گردد. بنابراین بین الگوی دلبستگی کودک و تعاملات با مادر، ارتباط نزدیک وجود دارد. شکست مادر در ایجاد یک ارتباط گرم، حساس و پاسخ‌دهنده در سال اول زندگی مشکلات رفتاری پایداری در کودک ایجاد می‌کند. هر شکافی در مبادله مادر-کودک، می‌تواند تأثیر منفی قاطعی بر تحول شخصیت کودک داشته باشد و در آینده به اختلال-های کم و بیش و خیم مرضی منجر گردد (منصور و دادستان، ۱۳۸۱). چنان‌که فونگی^۴ به نقل از مایر، سوکمن و پینارد^۵ (۲۰۰۴) اظهار می‌دارد، تجارب اولیه بین مادر و کودک می‌تواند به

1. Ollandick & Horch
2. general surgeon's report
3. Bowlby
4. Fongy
5. Myhr, Sookman, Pinard

دل‌بستگی ناایمن منجر شود که هرچند پدیده مرضی نیست اما می‌تواند به پدیده‌های مرضی در بزرگسالی منجر شود. پژوهش‌های فراوانی مؤید این نکته است که عدم ایمنی پیوند دل‌بستگی، فرد را در مخاطره مشکلات روانی، رفتاری و ارتباطی فراوانی قرار می‌دهد. گاهی دل‌بستگی ناایمن 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 اختلال‌های اضطرابی می‌شود.

ون واگنر^۱ (۲۰۰۴) معتقد است که ناکامی در شکل‌دادن دل‌بستگی مطمئن در ماه‌های اول زندگی، می‌تواند تأثیرات منفی بر رفتارهای دوران کودکی و نیز بزرگسالی داشته باشد. کودکانی که اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و یا اختلال‌های اضطرابی دارند، غالباً دچار مشکلات دل‌بستگی و دارای تاریخچه‌ای از بدرفتاری، غفلت یا آسیب‌های دوران اولیه کودکی هستند. در ضمن کودکانی که بعد از سن شش ماهگی به فرزندخواندگی درآمده‌اند، به میزان بیشتری در معرض خطر ابتلا به مشکلات و اختلال‌های دل‌بستگی قرار دارند. همچنین پژوهش‌های مشابه نیز حاکی از آن است که علائم اضطراب، افسردگی و یا خشم می‌تواند بیانگر تجربیات عاطفی منفی از روابط دل‌بستگی در گذشته و یا حال باشد (سابل^۲، ۲۰۰۴).

هانسون و اسپارت^۳ (۲۰۰۰) خاطرنشان می‌کنند در سال‌های اخیر، درصد کودکان دچار مشکلات دل‌بستگی رو به افزایش است. از نظر راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۴، اختلال دل‌بستگی بسیار نادر است، اما منابع جدیدتر معتقدند که اختلال دل‌بستگی تقریباً شایع است. به‌عنوان مثال ورنر- ویلسون و دیون پورت^۵ (۲۰۰۳) تخمین می‌زنند که حدود ۱ میلیون کودک در ایالات متحده آمریکا و تقریباً نیمی از کودکان به فرزندگی سپرده شده، دارای اختلال دل‌بستگی هستند. فهم عوامل زیربنایی ایجادکننده مشکلات دل‌بستگی، به درمان اختلال‌های رفتاری ناشی از مشکلات دل‌بستگی نیز کمک می‌کند (ماروین و ولان^۶، ۲۰۰۳).

توماس^۷ (۲۰۰۰) معتقد است که مناسب‌ترین درمان برای کودکان دچار اختلال‌ها و مشکلات ناشی از دل‌بستگی ناایمن، ارائه مداخله دل‌بستگی درمانی^۸ است. تمرکز اصلی دل‌بستگی درمانی، تغییر دیدگاه نسبت به جهان و بزرگسالان است. کودکان دارای مشکلات دل‌بستگی که تحت درمان‌های دل‌بستگی قرار می‌گیرند، کم‌کم می‌آموزند بزرگسالان می‌توانند قابل اعتماد، کمک-

1. Vanwagner
2. Sable
3. Hanson & Spratt
4. DSM-IV-R
5. Wernar-Wilson & Davenport
6. Marvin & Whelan
7. Thomas
8. attachment therapy

اثربخشی درمان دلبستگی مادران بر علائم ...

کننده و فراهم کننده ایمنی باشند و برعکس تصورشان به آن‌ها آزار نمی‌رسانند و او را محدود نمی‌کنند. ارتباط والد- کودک بدون وجود اعتماد کامل دوطرفه، ارتباط ایمن و مطلوبی نیست و نتیجه‌ای جز مشکلات رفتاری و اضطراب برای کودک ندارد. تداوم دلبستگی نایمن پیامدهای منفی زیادی برای مادر و کودک خواهد داشت (کارور و کاپورینو، ۲۰۱۰). برای اثربخشی 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 تکیه‌گاه و پایگاهی ایمن برای کودک در خانواده است. با آموزش خانواده که چطور برای یکدیگر می‌توانند تکیه‌گاه ایمنی به وجود بیاورند، افراد خانواده می‌آموزند از این روش‌ها برای رفع مسائل و مشکلات خانواده در طول جلسات درمان و پس از آن استفاده نمایند (استامپر، ۲۰۱۱).

لذا با توجه به اهمیت مقوله دلبستگی و مسائل عاطفی ع دیده‌ای که از عدم تشکیل درست چنین ارتباطی برای کودک به وجود می‌آید و رقم چشمگیر میزان شیوع اختلال‌های اضطرابی کودکان از سویی، و بنیادی نبودن اکثر درمان‌های موجود اختلال‌های اضطرابی، بررسی روش‌های درمانی جدید و ریشه‌ای در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. دلبستگی درمانی علاوه بر درمان علائم ظاهری اضطراب، سعی در درمان علل به وجود آورنده اضطراب دارد.

بنابراین پژوهش حاضر از نظر جدید بودن روش درمان و اصلاح بنیادی اختلال فزون اضطرابی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی دلبستگی درمانی بر علائم اختلال فزون اضطرابی در دختران دارای مشکلات دلبستگی بود. سؤال پژوهش این بود آیا دلبستگی درمانی مادران در کاهش علائم فزون اضطرابی دختران دارای مشکلات دلبستگی موثر است؟ علاوه بر این آیا این اثربخشی در پیگیری سه ماهه نیز همچنان بر قوت خود باقی است؟

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

روش

این پژوهش از طرح‌های تجربی و کاربردی است که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه به همراه پیگیری سه ماهه و با استفاده از گزینش تصادفی عضویت گروهی اجرا گردید. به این دلیل که دلبستگی نایمن در سنین دبستان خود را در غالب مشکلات اضطرابی نشان می‌دهد، انتخاب نمونه در سنین دبستان مدارس اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۸۹ صورت گرفت و به منظور کنترل متغیر جنس دانش‌آموز دختر انتخاب شد. به علاوه برای کنترل متغیرهای مزاحم، از انتخاب نمونه از بین دانش‌آموزان مقطع اول و پنجم که به ترتیب دارای مشکلات عاطفی گذار از خانه به مدرسه و اضطراب ناشی از امتحانات نهایی بودند، صرف نظر شد. همچنین برای بررسی تحولی اثربخشی درمان در سنین مختلف، نمونه با اختلاف سنی ۲ سال و از بین دانش‌آموزان مقطع دوم و چهارم گزینش شد. در ابتدا به روش خوشه‌ای تصادفی از بین مدارس ابتدایی

دخترانه شهر اصفهان، ۱۲ مدرسه و از بین ۳۸۸ نفر نمونه مقدماتی، ۳۴ نفر از دانش‌آموزان دختر مقطع دوم و چهارم ابتدایی، با دامنه سنی ۸-۱۲ سال که به‌طور همزمان نمره بالاتر از ۳۰ از مجموع ۱۰۰ نمره آزمون مشکلات دلبستگی راندولف و نمره بالاتر از ۱۰ از ۱۴ نمره خرده مقیاس فزون اضطرابی از آزمون سلامت روان کودکان انتاریو کسب کرده بودند، انتخاب شد. به علاوه طی مصاحبه، افرادی که مشکلات شخصیتی محور ۲ و یا مشکلات حاد خانوادگی اعم از طلاق، ازهم‌گسیختگی خانواده و جدایی یا از دست‌دادن منبع اصلی دلبستگی (والد یا مراقب اصلی) را داشتند از روند درمانی حذف شدند. نمونه‌هایی به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۷ نفره گواه و آزمایشی قرار گرفت. سپس در یکی از مدارس شهر اصفهان دلبستگی درمانی در مورد مادران گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه گروهی و به مدت دو ماه ونیم به صورت جلسات ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک مرتبه اجرا شد. پس از پایان مرحله پیگیری، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، افرادی که در گروه گواه یعنی در لیست انتظار قرار داشتند نیز به مدت پنج جلسه تحت درمان مبتنی بر دلبستگی قرار گرفتند. به‌منظور پیشگیری از سوگیری و تورش پژوهشگر و شرکت‌کنندگان، این پژوهش تا حد امکان به روش دو سر کور انجام گردید، بدین ترتیب که مادران شرکت‌کننده به‌طور مشخص نمی‌دانستند که کدام جنبه از مسائل عاطفی و وضعیت سلامت روانی دخترانشان مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. به‌علاوه تجزیه و تحلیل نتایج‌هایی نیز توسط متخصص آماری که از روند پژوهش ناآگاه بود، انجام پذیرفت.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه اختلال دلبستگی کودکان^۱. این پرسشنامه توسط راندولف^۲ (۱۹۹۶) برای معرفی اختلال‌های دلبستگی برای محدوده سنی ۶ تا ۱۶ سال ساخته شد و یک فهرست بازبینی ۲۵ سؤالی از فراوانی گزارش‌های والدین کودکان ۵ تا ۱۸ سال است که شامل مشکلات متعددی است که مراقب کودک در طول دو سال قبل مشاهده کرده است (مورگان، ۲۰۰۴). این فهرست بازبینی توسط موحد (۱۳۸۷) ترجمه و هنجار و ویژگی‌های روان‌سنجی آن استخراج و در یک مقیاس لیکرتی تدوین شده است که هر سؤال ۰ تا ۴ نمره و مجموع نمرات این پرسشنامه در دامنه ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر از ۳۰ نشان‌دهنده وجود مشکلات دلبستگی در کودکان است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط راندولف (۱۹۹۶) برابر با ۰/۸۳ محاسبه شد که این میزان حاکی از همسانی درونی مطلوب سؤالات پرسشنامه است. این ضریب همسانی درونی با ضریب همسانی درونی با استفاده از روش دو نیمه کردن که توسط راندولف (۱۹۹۶) به‌دست آمد

1. Randolph Attachment Disorder Questionnaire (RADQ)
2. Randolph

اثر بخشی درمان دلبستگی مادران بر علائم ...

یعنی ۰/۸۴ برای گروه دچار اختلال دلبستگی و ۰/۸۱ برای گروه دارای مشکلات رفتاری اما فاقد اختلال دلبستگی قابل مقایسه است. حساسیت این پرسشنامه برابر با ۱۰۰ و ویژگی آن برابر با ۹۰ است. به عبارت دیگر این پرسشنامه توانسته است ۱۰۰ درصد 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 (موحد، ۱۳۸۷). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بود.

۲. پرسشنامه سلامت روان انتاریو^۱. این پرسشنامه توسط بویلی^۲ در سال ۱۹۹۳ جهت سنجش سلامت روانی کودک و بر اساس رفتار کودک در ۶ ماه گذشته تهیه شده و دوره سنی ۶ تا ۱۶ سال را در برمی‌گیرد. این مقیاس ۲۳ سؤال دارد که اختلال‌های فزون اضطرابی با شماره سوال‌های ۱ تا ۷، نافرمانی مقابله‌ای با شماره سوال‌های ۸ تا ۱۵ و افسردگی با شماره سوال‌های ۱۶ تا ۲۳ را شامل می‌شود. کسب نمره ۱۰ از ۱۴ نمره در این زیرمقیاس می‌تواند دال بر وجود علائم فزون اضطرابی در کودک باشد (بویلی، آفورد، کمبل و همکاران، ۱۹۹۶). در ارزیابی بویلی در سال ۱۹۹۶ پایایی این آزمون با روش آزمون-بازآزمون ۰/۸ گزارش شد که این پایایی با سایر فهرست‌های بازبینی مشکلات رفتاری کودکان قابل مقایسه است. همچنین توانایی این آزمون در تشخیص مراجعه‌های بالینی والدین به مراکز درمانی، ۰/۸۲ گزارش شد (امیری، ۱۳۸۱). در مطالعه امیری (۱۳۸۱) پایایی این آزمون برای اختلال فزون اضطرابی، قابل توجه و با استفاده از ضریب آلفا ۰/۸۵ و با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۷۵ بود. در این پژوهش اختلال فزون اضطرابی مورد توجه بود، به همین دلیل صرفاً از این زیرمقیاس استفاده و پایایی این بخش از پرسشنامه در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

۳. طرح دلبستگی درمانی. این طرح به‌عنوان درمانی نسبتاً جدید و موثر در زمینه اختلال‌های عاطفی و رفتاری شناخته شده و درمانی آزمون‌شده و تأییدشده توسط پرنل^۳ (۲۰۰۴) و کینگ و نیونهام^۴ (۲۰۰۸) است که برداشتی تلفیقی و ترکیبی از روش درمانی اصول حساس-سازی مادر بریش^۵ (۲۰۰۲)، شیوه دلبستگی درمانی کراس^۶ (۲۰۰۲)، روش‌های کاهش مشکلات رفتاری کودکان در مدرسه اپستین و روبین^۷ (۲۰۱۰)، فن قصه‌گویی برای کودکان دارای اختلال

1. Ontario Mental Health Questionnaire
2. Boyle
3. Purnell
4. King & Newnham
5. Brisch
6. Cross
7. Epstein & Robin

دل‌بستگی نیکولز^۱ (۲۰۰۴)، دل‌بستگی درمانی تحولی مک جونووا و آن^۲ (۲۰۰۶)، فن مدیریت استرس، بازی درمانی، سناریو سازی و جز آن است. محتوای جلسات دل‌بستگی درمانی مادران در این پژوهش به‌طور خلاصه در زیر آمده است. درمان به‌وسیله یک فارغ‌التحصیل کارشناس ارشد روان‌شناسی که ۲ ماه دوره درمان مبتنی بر دل‌بستگی را دیده بود به این شرح انجام شد. جلسه اول. معارفه، توضیح دل‌بستگی، علائم اختلال‌های اضطرابی کودکان و چگونگی ارتباط آن با دل‌بستگی نایمن در کودکان و روند معیوبی که می‌تواند موجب بروز اختلال‌های اضطرابی شود و ضرورت درمان به‌موقع.

جلسه دوم. توضیح منطق دل‌بستگی درمانی و تعیین اهداف درمان، تشریح نیازهای روانی و جسمانی کودک و لزوم پاسخ‌دهی به نیازها، آموزش فن در دسترس بودن مادر، آموزش فن نمایشنامه^۳ نویسی و تمرین آن، نمایشنامه نویسی 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 فن ارتباط کلامی با کودک، آموزش فن قصه‌گویی برای کودک، نمایشنامه نویسی درباره پرسش و پاسخ و ارتباط کلامی مادر-کودک، نمایشنامه نویسی 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 غیرواقعی در ارتباط با کودک، آموزش فن تماس (جسمی و به‌ویژه چشمی)، نمایشنامه نویسی درباره چگونگی ابراز محبت واقعی به کودک، در آغوش کشیدن، نوازش کردن و بوسیدن کودک.

جلسه پنجم. آموزش فن 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، نمایشنامه نویسی درباره همراهی فعال با کودک در بازی، شوخی با کودک و خندانند وی.

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

-
1. Nicholes
 2. Mcgenva & Ann
 3. scenario

اثر بخشی درمان دلبستگی مادران بر علائم ...

جلسه هفتم. بررسی مسائل رفتاری حل نشده در کودکان و بحث و تبادل نظر با والدین در مورد میزان تأثیر دلبستگی درمانی بر میزان مشکلات رفتاری قبلی کودکان، آموزش شاد و مهیج ساختن محیط زندگی کودک به منظور کاهش میزان افسردگی مادر و کودک، آموزش فن تقویت کلامی کودک، نمایشنامه نویسی درباره ایجاد جو ارتباطی مثبت اعضای خانواده با یکدیگر و پرهیز از انزوای کودک.

جلسه هشتم. آموزش فن مدیریت استرس در خانواده متمرکز بر کاهش میزان اضطراب کودک، آموزش فن اطمینان بخشی به کودک در مورد حمایت همیشگی والدین از کودک و ترسیم آینده روشن برای کودک، نمایشنامه نویسی درباره افزایش تفریح‌های شاد والد-کودک.

جلسه نهم: توجیه مادران برای آموزش فن کنترل هیجان‌ها به کودک در زمان تجربه اضطراب، نمایشنامه نویسی درباره چگونگی کنترل هیجان‌ها در مورد رفتارهای هدف و تمرین با مادران.

جلسه دهم. بحث و تبادل نظر درباره موانع به کارگیری فن‌های آموزش داده شده، تشریح اهمیت تداوم عمل به آموخته‌ها برای ایجاد اطمینان و ترمیم دلبستگی مادر-کودک، تعیین میزان دستیابی به اهداف اولیه طرح درمانی و سرانجام جمع‌بندی و نتیجه‌گیری. لازم به ذکر است که در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه و تمرین‌های جلسه قبل، تکالیف خانگی نیز داده شد.

شیوه اجرا. اجرای پژوهش به این ترتیب بود که پس از تشخیص دانش‌آموزان دختر دارای مشکلات دلبستگی که به‌طور همزمان ملاک‌های تشخیص فزون‌اضطرابی را نیز دریافت کرده بودند و گماردن آن‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه، اجرای درمان دلبستگی مادران برای مادران گروه آزمایش در ۱۰ جلسه هفتگی که ۲ ماه و نیم به‌طول انجامید، آغاز شد در حالی که در این مدت گروه گواه برنامه و آموزش خاصی را دریافت نکرد. بلافاصله پس از اتمام جلسات درمانی گروه آزمایش، پس‌آزمون و ۳ ماه پس از آن نیز در مرحله پیگیری در مورد هر دو انجام شد. سپس اطلاعات مربوط به سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در گروه گواه و آزمایش با یکدیگر مقایسه شد.

یافته‌ها

میانگین سنی و انحراف استاندارد دختران دبستانی دچار فزون‌اضطرابی $9/66 \pm 1/12$ و مادران آنان $34/5 \pm 3/69$ بود. $72/5\%$ مادران مدرک دیپلم، 10% فوق دیپلم، $14/5\%$ لیسانس و 3% فوق لیسانس داشتند. آزمون t مستقل نشان‌داد اعضای گروه آزمایش و گواه از لحاظ سن، ترتیب تولد دختران و همچنین سن و تحصیلات والدین تفاوت معنادار نداشتند. بنابراین به علت عدم وجود همبستگی بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیر وابسته، نیازی به کنترل آماری آن‌ها نبود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های کل علایم فزون اضطرابی به تفکیک مراحل و گروه‌ها

گروه	تعداد افراد نمونه	مراحل	انحراف معیار \pm میانگین
گواه	۱۶	پیش‌آزمون	۷/۵۰ \pm ۲/۷۳
		پس‌آزمون	۸/۰۶ \pm ۲/۹۷
آزمایش	۱۶	پیگیری	۷/۸۷ \pm ۲/۹۱
		پیش‌آزمون	۷/۶۸ \pm ۱/۸۱
		پس‌آزمون	۵/۴۴ \pm ۱/۷۵
		پیگیری	۴/۷۵ \pm ۱/۲۹

جدول ۱ نشان می‌دهد. میانگین نمرات گروه مداخله در پس‌آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش دارد به علاوه پس از گذشت ۳ ماه در مرحله پیگیری کاهش علائم فزون اضطرابی اعضای گروه مداخله نیز ادامه داشته است. تحلیل رگرسیون انحنائی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها نشان داد که این رابطه بین متغیرها انحنائی و معنادار نیست. از سوی دیگر دیاگرام نقاط پراکنده نشان داد که توزیع نمرات افراد در متغیرهای پیش‌آزمون و پس‌آزمون به صورت نرمال پراکنده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علایم کل فزون اضطرابی دو گروه

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	F	اندازه اثر	توان آماری
اختلال فزون اضطرابی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۱۱۷/۴۳	۰/۶۵**	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۶۱/۹۳	۰/۵۰**	۰/۹۷
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۷۸/۷۴	۰/۵۱**	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۸۴/۶۶	۰/۵۳**	۰/۹۹

**P<۰/۰۱

در جدول ۲ مشاهده می‌شود با کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره فزون اضطرابی دو گروه در پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است و عضویت گروهی ۰/۵۰ از تغییرات مربوط به نمره کل علایم فزون اضطرابی را در پس‌آزمون و ۰/۵۳ از تغییرات را در پیگیری تبیین می‌کند.

جدول ۳. نتایج آزمون t وابسته پس‌آزمون-پیگیری دو گروه

گروه‌ها	میانگین	t	درجه آزادی
گروه آزمایش	۰/۶۸	۲/۲۰*	۱۵
گروه گواه	۰/۱۸	۰/۶۷**	۱۵

*P<۰/۰۵

**P>۰/۰۵

اثربخشی درمان دلبستگی مادران بر علائم ...

در جدول ۳ نتایج آزمون t وابسته برای مراحل پس‌آزمون و پیگیری حاکی از این است که کاهش میزان علائم فزون اضطرابی در گروه آزمایش در مرحله پیگیری در مقایسه با پس‌آزمون معنادار است، اما بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری در گروه گواه تفاوت معنادار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت کنترل متغیرهای هم‌گام، نشان داد که گروه آزمون پس از تعدیل میانگین‌ها و کنترل متغیرهای مداخله‌گر در مجموع کاهش معنی‌داری را در نمرات علائم فزون اضطرابی نسبت به گروه گواه به‌دست آورد. با توجه به نتایج مرحله پس‌آزمون به‌نظر می‌رسد دلبستگی درمانی در بهبود علائم اختلال فزون اضطرابی مؤثر است. تبیین پژوهشگران برای این موضوع این است که احساس عدم اعتماد و کمبود احساس امنیت در کودکان دارای مشکلات دلبستگی بیشتر از هرچیز باعث ایجاد اضطراب در این کودکان می‌شود. در واقع نافرمانی و افسردگی زائیده همین اضطراب کودکان دارای مشکلات دلبستگی است (کارور و همکاران، ۲۰۱۰). از آنجا اصلاح الگوی ارتباطی والد-کودک مهم‌ترین مؤلفه درمانی این نوع درمان محسوب می‌شود، می‌توان احتمال داد که دلبستگی درمانی به والدین کمک نموده است که بتوانند رابطه درست‌تر و جدیدی با فرزندان خود ایجاد کنند. در نتیجه در این پژوهش نتایج درمان نه تنها در مرحله پیگیری بر قوت خود پایدار بود بلکه افزایش بهبود و کاهش میزان فزون اضطرابی کودک را نیز در پی داشت. زمانی که والدین از اشکالات و معایب روش تربیتی و ارتباطی خود با کودک آگاه گردند، به‌احتمال قوی بنا به علاقه والدین به سلامت روحی و روانی کودکشان، سعی در تصحیح تعاملات خود با کودک خواهند نمود که تداوم این تعامل جدید و ثبات والدین در آن پیشرفت مداوم کودکان و کاهش علائم و مشکلات آنان را در پی خواهد داشت. ضمن این‌که به والدین فن‌هایی آموزش داده شد که در آینده و در صورت بروز مجدد مسائل و مشکلاتی از این قبیل با به‌کارگیری این فن‌ها با مشکلات و رفتارهای نادرست کودک مقابله کنند.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات پشت‌محمدی، محمدخانی، پورشهباز و خوشابی (۱۳۸۸)، ذوالفقاری مطلق، جزایری، خوشابی، مظاهری و کریملو (۱۳۸۷)، پرنل (۲۰۰۴) و کینگ و نیونهام (۲۰۰۸) نیز همسو است. در مطالعه پشت‌محمدی و همکاران (۱۳۸۸) مادران ۱۰ جلسه مداخله دلبستگی و ۶ جلسه آموزش فرزندپروری دریافت کردند و نتایج نشان داد علائم فزون‌کنشی کودکان از ۴٪ به ۲۶٪ کاهش یافته است. در مطالعه موردی ذوالفقاری مطلق و همکاران (۱۳۸۷) میزان اضطراب جدایی ۶ کودک به میزان قابل‌قبولی کاهش یافت. پرنل

(۲۰۰۴) بر این باور است که درمان‌های مبتنی بر دلبستگی تا حد بسیار زیادی به بهبود این کودکان کمک می‌کند. کینگ و نیونهام (۲۰۰۸) پایه اصلی مشکلات موجود در ارتباطات اجتماعی را بیشتر معلول مشکلات و اختلال‌های دلبستگی می‌دانند و معتقدند درمان‌های مبتنی بر دلبستگی به بهبود تعامل‌های اجتماعی افراد کمک می‌کند. پژوهش خانجانی (۱۳۸۱) نشان داد کودکان کمتر از ۳ سال که بیشتر از ۳۵ ساعت در هفته تحت مراقبت غیرمادرانه (خویشاوندی-مهدکودکی) قرار می‌گیرند، در معرض خطر دلبستگی نایمن و مشکلات رفتاری اجتماعی قرار دارند. از دلایل درمان‌گران این پژوهش برای به‌کارگیری دلبستگی درمانی اختلال فزون اضطرابی این پیش‌فرض بود که چون دلبستگی از مراحل اساسی و بنیادی تحول است، عدم دلبستگی ایمن کودک منجر به بروز اضطراب در کودکان می‌شود. چون کودکان دامنسج خانواده‌اند وجود هرگونه مشکل در سامانه رفتاری و حمایتی والدین به‌صورت علائمی در کودکان متظاهر می‌شود. همان‌طور که مشاهده شد میزان کاهش علائم فزون اضطرابی در نتیجه دلبستگی درمانی در مرحله پیگیری بیشتر از مرحله پس‌آزمون بود و این درحالی است که در اکثر مداخله‌های درمانی در اثرگذشت زمان از تأثیر درمان کاسته و تا حدودی عود اختلال در مرحله پیگیری گزارش می‌شود. بالعکس، مداخله‌هایی که در زمینه دلبستگی صورت می‌گیرد در اثر آن در دراز مدت و با گذشت زمان استقرار بهتری می‌یابد، زیرا اعتماد سلب‌شده کودک دلبسته نایمن نسبت به والدین به سرعت قابل ترمیم نیست و گذر زمان و پای‌بندی والدین به فنون درمانی به تدریج امنیت دلبستگی را در کودک ایجاد می‌کند و بالطبع اختلال‌های ناشی از دلبستگی نیز رو به بهبود خواهد گذاشت. این احتمال نیز وجود دارد که با انجام پیگیری طولی و سالانه بتوان شاهد بهبود بیشتر علائم فزون اضطرابی در شرکت‌کنندگان بود. پس می‌توان عنصر زمان و پای‌بندی به مبانی درمانی را جزء مهمترین عناصر تعیین‌کننده در دلبستگی درمانی به شمار آورد.

از امتیازات پژوهش حاضر نوآوری و ابتکار آن است. این پژوهش اولین پژوهشی است که الگوی درمان مبتنی بر دلبستگی را بر علائم فزون اضطرابی آزمایش کرد. با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های هم‌سو با آن و اضطراب و مشکلات رفتاری در کودکان دچار اختلال فزون اضطرابی، دلبستگی درمانی می‌تواند به‌عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی در جهت کاهش اضطراب شدید در این کودکان به‌کار رود. با توجه به ریشه‌دار بودن مقوله مشکلات دلبستگی، پیگیری سه ماهه برای بررسی کامل چگونگی پیشرفت درمان کافی به‌نظر نمی‌رسد و به‌منظور آگاهی کامل‌تر از تأثیر درمان، انجام پیگیری طولانی‌تر در پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود. همچنین از آن‌جا که در این پژوهش، از روش درمان گروهی استفاده شد، پیشنهاد می‌شود این شیوه درمانی به‌صورت فردی نیز بررسی و نتایج با یکدیگر مقایسه شود. این پژوهش در نمونه‌ای از دانش‌آموزان دختر

اثربخشی درمان دلبستگی مادران بر علائم ...

دوره ابتدایی شهر اصفهان انجام شد، بنابراین باید در تعمیم‌دهی نتایج به سایر افراد احتیاط شود. در پژوهش‌های بعدی بررسی اثربخشی دلبستگی درمانی در سایر اختلال‌های اضطرابی در جمعیت گسترده‌تر و در هر دو جنس، می‌تواند کمک شایانی به درمان مشکلات و اختلال‌های اضطرابی کودکان نماید.

منابع

امیری، شعله. (۱۳۸۱). بررسی تحولی تضادورزی در گروه منزلت اجتماعی. *مجله روان‌شناسان ایرانی*، ۱۳(۱) ۸۶-۸۵.

پشت‌محمدی، مرجان، محمدخانی، پروانه، پورشهباز، عباس، و خوشابی، کتایون. (۱۳۸۸). اثربخشی مداخله ترکیبی درمان دلبستگی و آموزش فرزندپروری در مادران دلبسته نایمن بر نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی / نارسایی توجه. *مجله روان‌شناسی بالینی*. ۱۱(۳): ۷۳-۶۳.

خانجانی، زینب. (۱۳۸۱). بررسی رابطه جدایی‌های موقت روزانه مادر-کودک با شکل‌گیری دلبستگی و مشکلات رفتاری کودکان. *نشریه دانشگاه ادبیات و علوم انسانی (تبریز)*. ۴۵(۲ و ۳): ۱۶۲-۱۲۷. دادستان، پریخ. (۱۳۸۴). *روان‌شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی*. جلد دوم. تهران: سمت. ذوالفقاری‌مطلق، مصطفی، جزایری، علیرضا، خوشابی، کتایون، مظاهری، محمدعلی، و کریملو، مسعود (۱۳۸۷). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی. *مجله روان‌پزشکی و بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۲(۴): ۳۸۸-۳۸۰.

منصور، محمود، و دادستان، پریخ. (۱۳۸۱). *روان‌شناسی ژنتیک*. جلد اول. تهران: انتشارات سمت. موحد، مهسا (۱۳۸۷). *هنجار یابی پرسشنامه سبک‌های دلبستگی کودکان راندولف*. پایان‌نامه کارشناسی، رشته روان‌شناسی بالینی. دانشگاه اصفهان، دانشکده روان‌شناسی.

American psychiatry Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: separation*. New York: basic books.

Boyle, M. H., Offord, D. R., Campbell, D., Catlin, G., Goering, P., Lin, E., & Racine, Y. A. (1996). Mental health supplement to the Ontario health survey: methodology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(9): 549-58.

Brisch, K. H. (2002). *Treating attachment disorders: From theory to therapy*. New York: Guilford Press.

Cross, K. (2002). Reactive attachment disorder and attachment therapy. *The scientific review of mental health practice*, 1(2): 213-236.

Epstein, M., & Robin, W. (2010). *Reducing Behavior Problems in the Elementary School classroom*. US: Institute of Education Sciences.

General Surgeon's report. (2005). Anxiety in children and adolescents. *Children and Mental Health*, 12(99): 350- 360.

- Hanson, R. F., & Spratt, E. G. (2000). Reactive attachment disorder: What we know about the disorder and implications for treatment. *Child Maltreatment*, 5(2):137-145.
- Karver, M. S., & Caporino, N. (2010). The Use of Empirically Supported Strategies for Building a Therapeutic Relationship with an Adolescent With Oppositional-Defiant Disorder. *Cognitive behavioral practices*, 17(2): 222-232.
- King, M. G., & Newnham, K. (2008). Affective Anemia: an Interventional Focus for Attachment Disorder. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 8(3): 103- 113.
- Marvin, R. S., & Whelan, W. F. (2003). Disordered attachments: Toward evidence-based clinical practice. *Attachment & Human Development*, 5(3): 283-288.
- Mcgenva, L., & Ann, J. (2006). *A Developmental Attachment-based Plat therapy (ADAPT (TM)): A new treatment for children diagnosed with reactive attachment and developmental trauma disorders*. [Thesis]. University of Hartford.
- Morgan, P. S. (2004). *Frequency of RAD diagnosis and attachment disorder in community mental health agency clients*. University of Louisville. United States- Kentucky.
- Myhr, G., Sookman, D., & Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive- compulsive disorder: a comparison with depressed out – patients and healthy controls. *Acta psychiatric Scandinavia*, 109(6): 447- 458.
- Nicholes, M. (2004). Family Attachment Narrative Therapy: Telling Healing Stories. Available at: <http://WWW.Familyattachment.com>.
- Ollandick, H. T., & Horch, L. M. (2006). Fears in clinic- referred children: Relations with child anxiety sensitivity, Maternal overprotection and maternal phobic anxiety. *Infant Behavior and Development*, 29 (6): 230- 242.
- Purnell, Ch. (2004). *Attachment Theory and Attachment - Based Therapy*. USA: Attachment and Human Survival.
- Randolph, E. M. (1996). *Randolph Attachment Disorder Questionnaire*. Institute for Attachment, Evergreen CO.
- Sable, P. (2004). Attachment, etiology and adult psychotherapy. *Attachment & Human development*, 6(1): 3-19.
- Sumpter, J. M. (2011). Available from: <http://www.epublications.marquette.edu/researchexchange/2011/Papers/3>.
- Thomas, N. L. (2000). Parenting children with Attachment disorders. In T. M. Levy, *Handbook of attachment interventions* (pp. 67-113). San Diego, CA: Academic press.
- Vanwagner, K. (2008). Attachment theory. Available at: [http://psychology, About.Com](http://psychology.About.Com).

Werner-Wilson, R. J., & Davenport, B. R. (2003). Distinguishing between conceptualizations of attachment: clinical implications in marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 25(2): 179-193.

الف. پرسشنامه اختلال دلبستگی کودکان

نام کودک: سن: جنس: تاریخ:

والد گرامی هر یک از عبارات زیر را بخوانید و مناسب‌ترین گزینه را در مورد کودک خود علامت بزنید لطفاً دقت کنید که فقط و فقط در هر مورد یک پاسخ را انتخاب کنید و هیچ موردی را بی‌پاسخ نگذارید. بین گزینه‌ها علامت نگذارید. همچنین اطمینان حاصل کنید که پاسخ شما با رفتار کودکتان در ۱ تا ۲ سال گذشته مطابقت داشته باشد و نه فقط در ۳ تا ۶ ماه گذشته، مگر این‌که برای اهداف پژوهشی به‌طور خاص از شما خواسته شده باشد.

کودک من....	اصلاً	کمی از اوقات	در موارد	بعضی اوقات	اکثر اوقات	همیشه
۱- با زندی رفتار می‌کند. یعنی مرا فریب می‌دهد تا آنچه می‌خواهد انجام دهد.						
۲- هنگامی که از او می‌خواهند ارتباط چشمی برقرار کند، برقرار نمی‌کند.						
۳- در ارتباط با غریبه‌ها مشکل دارد.						
۴- هنگامی که می‌خواهم او را در آغوش بگیرم مرا به عقب هل می‌دهد و بدنش را سفت و شق و رق نگه می‌دارد.						
۵- اغلب در مورد چیزهایی بی‌ارزش و مسخره برای مدتی طولانی دعوا می‌کند.						
۶- نیاز شدیدی دارد که هر چیز تحت کنترل او باشد و اگر چیزها آن‌طور که می‌خواهد نشود بسیار ناراحت می‌شود.						
۷- به‌طرز چشمگیری خود را معصوم جلوه می‌دهد و وانمود می‌کند که وقتی کاری را درست انجام نمی‌دهد آنقدرها هم بد نیست.						
۸- کارهای بسیار خطرناکی انجام می‌دهد بدون این‌که توجه کند که در موقع انجام آن‌ها ممکن است به خود آسیب بزند.						
۹- کودک من عمداً چیزها را می‌شکند یا خراب می‌کند.						
۱۰- به‌خاطر رفتارهایش متناسب با سن خود احساس گناه نمی‌کند.						
۱۱- بقیه کودکان را مسخره می‌کند، آسیب می‌زند یا با آن‌ها بسیار بی‌رحمانه رفتار می‌کند.						
۱۲- نمی‌تواند جلوی برخی از رفتارهای ناگهانی خود را بگیرد.						
۱۳- دزدی می‌کند یا بدون دلیل موجه و مشخص اشیا بی‌کی که به دیگران تعلق دارد برمی‌دارد.						
۱۴- به جای درخواست کردن چیزها آن‌ها را از خود (مال خود) می‌داند.						
۱۵- به‌نظر می‌رسد که اصلاً از اشتباهات و رفتار نادرست خود درس نمی‌گیرد.						
۱۶- سعی می‌کند با گفتن این‌که من (والدین) از او سوء استفاده می‌کنم یا به او						

					توجه نمی‌کنم همدردی دیگران را جلب کند.
					۱۷- دوست دارد که چیزها را بدون اجازه کش برود حتی اگر با درخواست کردن بتواند آن‌ها را به دست آورد.
					۱۸- اغلب در مورد چیزهای واضح یا وقتی می‌تواند به راحتی راست بگوید دروغ می‌گوید.
					۱۹- با کودکان دیگر و بزرگسالان بسیار تحکم آمیز بر خورد می‌کند.
					۲۰- غذاها را ذخیره می‌کند یا کش می‌رود یا عادت‌های غذایی غیرعادی دیگری دارد (خوردن کاغذ، آرد خام، شکلات شیرینی‌پزی و غیره).
					۲۱- بیشتر از یک هفته نمی‌تواند دوستانش را نگه دارد.
					۲۲- انفجارهای خشم (حمله‌های جیغ‌زدن) از خود بروز می‌دهد که برای ساعت‌ها طول می‌کشد.
					۲۳- بدون توقف و راجی می‌کند، پرسش‌های تکراری در مورد چیزهای بی‌معنی می‌پرسد، غرغر می‌کند یا در تکلم خود حالت‌های عجیب دیگری دارد.
					۲۴- آتش‌افروزی می‌کند و اشتغال ذهنی با آتش دارد.
					۲۵- ترجیح می‌دهد کارتون‌ها یا برنامه‌های تلویزیونی خشنوت‌آمیز یا فیلم‌های ترسناک تماشا کند (بدون توجه به این‌که اجازه این کار را بدهند یا نه).

ب. پرسشنامه سلامت روان انتاریو

گویه‌های اختلال فزون اضطرابی

مادر محترم خواهشمندیم به گویه‌های پرسشنامه بر اساس رفتار فرزندتان در شش ماه اخیر با صداقت پاسخ دهید.

مشخصات مادر: کد: سن: تحصیلات:
 مشخصات کودک: کد: سن: تحصیلات: تاریخ:

گویه‌ها	اغلب	گاهی	هرگز
۱- در باره موضوعاتی در آینده نگران است.			
۲- درباره رفتاری در گذشته نگران است.			
۳- درباره بهتر انجام دادن کارها نگران است.			
۴- مشکلات جسمانی بدون علت پزشکی دارد:			
الف) درد یا تنش عضلانی			
ب) سردرد			
ج) تهوع، احساس بیماری			
د) پیچش یا درد معده			
۵- کمرو و خجالتی است یا به راحتی دستپاچه می‌شود.			
۶- باید بارها و بارها به او گفت که اوضاع رو به راه است.			
۷- عصبی، حساس و مضطرب است.			
۸- زود عصبانی می‌شود و از کوره در می‌رود.			

		۹- با بزرگسالان بحث و مشاجره می‌کند.
		۱۰- نسبت به انجام درخواست‌های بزرگسالان همکاری نمی‌کند.
		۱۱- اشتباهات خود را به گردن دیگران می‌اندازد.
		۱۲- زود رنج است.
		۱۳- کینه توز و انتقام‌جو است.
		۱۴- عمداً دیگران را ناراحت می‌کند.
		۱۵- خشمگین است.
		۱۶- خلق افسرده وار:
		الف) ناشاد و غمگین و افسرده است.
		ب) سست و بی‌حال است.
		۱۷- به‌صورت قابل ملاحظه‌ای لذت و علاقه‌اش در مورد همه یا اغلب فعالیت‌ها کاهش یافته است:
		الف) با فعالیت‌های همیشگی سرگرم نمی‌شود.
		ب) از فعالیت‌های همیشگی لذت نمی‌برد.
		۱۸- آشکارا و بدون گرفتن رژیم غذایی، وزن کم و یا زیاد می‌کند.
		الف) آشکارا و بدون گرفتن رژیم غذایی، وزن کم می‌کند.
		ب) بدون علت وزن زیاد اضافه می‌کند.
		۱۹- بی‌خوابی یا پرخوابی دارد.
		الف) به سختی می‌خوابد.
		ب) بیش از حدی که بچه‌ها باید بخوابند، می‌خوابد.
		۲۰- کندی یا بی‌قراری حرکتی دارد:
		الف) نمی‌تواند آرام بنشیند، بی‌قرار یا بیش فعال است.
		ب) کندی حرکات یا کمبود انرژی دارد.
		۲۱- بیش از حد خسته است.
		۲۲- احساس بی‌ارزشی دارد یا به‌طور افراطی احساس گناه می‌کند.
		۲۳- توانایی فکر کردن یا تمرکز کمی دارد = مردد است.
		الف) توانایی فکر کردن یا تمرکز یافتن کمی دارد.
		ب) عدم تمرکز و عدم توانایی توجه کردن برای مدت طولانی دارد.