

مقایسه اثربخشی دو روش درمانی پذیرش/تعهد و روش رفتار درمانی دیالکتیکی

بر نافرمانی مقابله‌ای در یک بیمارستان نظامی

The comparison of the effectiveness of acceptance/commitment therapy and dialectical behavior therapy in oppositional defiant disorder In a Military Hospital

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۳/۰۱

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۲/۱۲

Radfar Sh. MD, Molazamani F. MSc[✉], Kavei S. MSc

شکوفه رادفر^۱، فاطمه ملازمانی[✉]، سوسن کاوی^۲

Abstract

Introduction: one of the most common psychiatric disorders among preschool children are disruptive behavior disorders, which is mainly oppositional defiant disorder (ODD). The aim of the present study was to the comparison of the effect of acceptance and commitment (ACT) therapy and dialectical behavior therapy (DBT) in children with ODD.

Method: The research design was a trial. A total of 30 children aged 7-12 was selected by child psychiatrist as ODD at the Military hospital of Tehran and were randomly divided to two groups (ACT and DBT) and then received 8 weekly, 2 h of therapy (each Parents were completed child symptom inventory (CSI) before and after treatment. Each of the two groups were received 8 weekly sessions of therapies (ACT and DBT). Data were analyzed through the paired-samples T test and analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The results showed that both treatments (ACT and DBT) are significantly effective in the treatment of ODD, and also there is no significant difference between the two therapies in terms of effectiveness.

Discussion: ACT and DBT could be considered as the effective treatments for ODD.

Key words: acceptance and commitment therapy (ACT), dialectical behavior therapy (DBT), oppositional defiant disorder (ODD)

چکیده

مقدمه: یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در میان کودکان پیش‌دبستانی اختلالات رفتاری ایذایی هستند که عمدتاً شامل اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌باشد. هدف پژوهش حاضر مقایسه تأثیر روش درمانی پذیرش/تعهد و روش درمانی دیالکتیکی بر روی کودکان دارای نافرمانی مقابله‌ای است.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بود. تعداد ۳۰ کودک ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه کننده به یک بیمارستان نظامی با تشخیص روان‌پزشک اطفال انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شده و هر یک از گروه‌ها تحت ۸ جلسه هفتگی دو ساعته درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد و رفتار درمانی دیالکتیکی قرار گرفتند. والدین کودکان یک بار قبل و یک بار بعد از ارائه متغیر مستقل پرسش نامه علائم مرضی کودکان را تکمیل کردند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون T همبسته و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که هر دو درمان تعهد/پذیرش و رفتار درمانی دیالکتیکی به طرز معناداری در سطح ۰/۰۰۱ در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر هستند ($P < ۰/۰۰۱$) و بین درمان‌ها تفاوت معناداری به لحاظ اثربخشی وجود نداشت ($P > ۰/۳۵۷$).

بحث: می‌توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و همچنین درمان رفتار درمانی دیالکتیکی را به عنوان درمانی مؤثر برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای معرفی کرد.

کلید واژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیکی، نافرمانی مقابله‌ای

[✉] Corresponding Author: Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Garmsar, Iran
E-mail: Molazamany@gmail.com

۱- گروه روان‌پزشکی اطفال، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
[✉] گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران
۲- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران

مقدمه

بزرگ‌ترها هستند. آن‌ها معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند (بارت، کراگر، مک‌گنو و ایاکونو، ۲۰۰۱)، در روابط بین فردی ضعیف بوده (گریین، بیدرمن، زیرواس، مونتاکس و همکاران، ۲۰۰۲) و مشکلات توجهی و نقص در کارکردهای اجرایی دارند و این مشکلات ممکن است باعث عزت نفس پایین، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات عصبانیت شود به علاوه در کودکان مبتلا به این اختلال ممکن است قضاوت اخلاقی آسیب ببیند (چیرونیس، جونز و راگی، ۲۰۰۶).

پیش‌آگهی این اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا، در معرض خطر بالای بزهکاری نوجوانی، رفتار ضد اجتماعی، سوء مصرف مواد و ترک تحصیل و اختلالات همچون اختلال سلوک، رفتار ضد اجتماعی، اختلالات خلقی و اضطراب هستند و همچنین حدود نیمی از کودکانی که برچسب نافرمانی مقابله‌ای را دریافت می‌کنند، به اختلال روانی دیگری نیز مبتلا هستند (هفلینگر و هامفریس، ۲۰۰۸). در ۴۰ تا ۷۰ درصد موارد این اختلال با نقص توجه و بیش‌فعالی همبودی دارد. علاوه بر این، اختلال توره نیز با این اختلال همبودی بالایی دارد. با توجه به اثرات منفی که این اختلال در صورت عدم درمان بر رفتار و زندگی فرد خواهد داشت، اهمیت پرداخت به این موضوع را بیش از پیش نشان می‌دهد (اسپنسر، ویلنز، بیدرمن، ویسلر و همکاران، ۲۰۰۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ (ACT)، یک رویکرد درمانی است که از فرآیندهای پذیرش، تمرکز ذهنی تعهد و فرآیندهای تغییر رفتار به منظور انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند و در واقع به شخص می‌گوید «آنچه خارج از کنترل شخصی‌ات هست را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد متعهد باش». در

اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ (ODD)، سومین اختلال شایع دوران کودکی است که براساس تعریف متن تجدید نظر شده در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (DSM-V)، «اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی پایدار منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر مراجع قدرت است که حداقل ۶ ماه طول کشیده و با ۴ خصوصیت ویژه تشخیصی دیگر نیز همراه باشد». اختلال نافرمانی مقابله‌ای از جمله اختلالات رفتاری ایدایی است که در عملکرد آموزشی و اجتماعی کودک، اختلال ایجاد می‌کند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

کودکان مبتلا به این اختلال معمولاً با بزرگ‌ترها جرو بحث می‌کنند، از کوره درمی‌روند و خشمگین، رنجیده خاطر و زودرنج هستند. آن‌ها مکرراً و فعالانه در مقابل خواسته‌های بزرگسالان نافرمانی می‌کنند و عمدتاً باعث ناراحتی دیگران می‌شوند و برای اشتباهات و سوء رفتار خود، دیگران را سرزنش می‌کنند. اختلال نافرمانی مقابله‌ای هر چند می‌تواند از ۳ سالگی شروع شود ولی انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳ (APA) سن شروع این اختلال را، از ۸ سالگی تا ۱۲ سالگی بیان کرده‌است. شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در بین کودکان، در پسرها بیشتر از دخترها است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷).

پژوهش‌های سبب‌شناسی نیز، علت اختلال نافرمانی مقابله‌ای را ترکیبی از ویژگی‌ها و گرایش‌ات ژنتیکی یا زیست‌شناختی کودکان، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد و شرایط محیطی عنوان کرده‌اند. پژوهش‌های مختلف بیان داشته‌اند که کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای

واقع سازه و مفهوم اساسی در نظریه تعهد/پذیرش آن است که رنج‌ها و تأملات روان شناختی به وسیله اجتناب نمودن از تجارب، شناخت‌های در هم تنیده شده، شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و تطبیق نیافتن با ارزش‌های اساسی ایجاد می‌گردد (هایز و لیلیز، ۲۰۱۲).

در نظریه تعهد/پذیرش هدف اصلی، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹). در این درمان، شش فرآیند مرکزی که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند شامل: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد می‌باشد که در طی این مراحل، ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی^۵ فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی^۶ فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خودش در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا این‌که

ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه^۷ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و یا اضطراب‌های اجتماعی و... باشند (پورفرج، ۱۳۹۰).

شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی بر اختلالات مختلف، رو به افزایش است برای مثال کارایی این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند: افسردگی، پسیکوزها، سوءمصرف مواد مخدر، درد مزمن و فرسودگی شغلی مشخص شده است (باچ و هایز، ۲۰۰۲؛ باند و بانس، ۲۰۰۳؛ گیفورد، کوهلنبرگ، هایس، انتونوکیو و همکاران، ۲۰۰۴). با توجه به تأثیر مثبت این روش درمانی بر اختلالات و بیماری‌های مختلف که بعضی از آن‌ها می‌توانند نتیجه عدم درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای باشد، ما را بر این داشت تا تأثیر این روش درمانی را بر روی اختلال نافرمانی مقابله‌ای به صورت مستقیم بسنجیم.

یکی دیگر از روش‌های درمانی نسل سومی و از جمله درمان‌های شناختی، روش رفتار درمانی دیالکتیکی^۸ (DBT) است که در سال ۱۹۹۳ توسط مارشا لینهان به وجود آمد که به شیوه رفتاری شناختی عمل می‌کند (ساویکاس، ۲۰۱۱؛ علوی، شریفی، غنی‌زاده و ده‌بزرگی، ۲۰۱۳). روش درمانی دیالکتیکی، رویکردی شناختی رفتاری است که در آن درمان‌های شناختی رفتاری مبتنی بر اصل تغییر می‌باشد و با آموزه‌ها و فنون فلسفه‌ی شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشد درآمیخته و بر این اساس چهار مولفه‌ی

مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی خود مطرح می‌کند: هوشیاری فراگیر بنیادین و تحمل پریشانی به عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی به عنوان مولفه‌های تغییر (علوی، مدرس غروی، امین‌یزدی و صالحی فدری، ۱۳۹۰).

هر چند روش درمانی دیالکتیکی در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد ولی در سال‌های اخیر در دامنه نسبتاً متنوعی از سایر اختلالات مورد کاربرد قرار گرفته است که دلایل استفاده از این روش در دیگر اختلالات را می‌توان در دو مورد بیان کرد: نخست این که تنوع و پیچیدگی مشکلات در میان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، باعث می‌شود که روش درمانی دیالکتیکی به عنوان درمانی مؤثر برای این جمعیت، دارای راهبردهایی برای ارزیابی و درمان شمار زیادی از مشکلات، به شیوه نظام‌مند باشد و دوم این که برنامه درمانی دیالکتیکی به عنوان یک برنامه درمانی کاملاً ساختار یافته ارائه شده است که کاربرد آن را برای درمان‌گران ساده‌تر می‌سازد. شواهد نشان می‌دهد این رویکرد در درمان اختلالات خوردن به ویژه پرخوری عصبی، سوءمصرف مواد، کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه، افراد دارای تفکرات خودکشی و افسردگی موفقیت‌آمیز بوده است (مدرس و صالحی فدری، ۱۳۹۰؛ وانگر، ریزوی و هارند، ۲۰۰۷).

حال به نظر می‌رسد که اهمیت پرداخت به درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای به دلیل میزان شیوع بالای این اختلال در بین اختلال‌های درگیرکننده کودکان و با توجه به اهمیت پرداختن به موضوع نافرمانی کودکان از این جهت که در صورت ادامه‌دار شدن این رفتار در کودکان و یا عدم درمان آن منجر می‌شود تا این کودکان در معرض خطر بالای مسائل رفتاری و خلقی، سو مصرف مواد و ترک تحصیل و اختلالاتی

همچون اختلال سلوک، اختلالات خلقی و اضطراب قرار گیرند. اهمیت پرداختن به چنین موضوعی و بررسی تأثیر روش‌های درمانی به‌روز بر آن از اهمیت بالایی برخوردار خواهد بود. از طرف دیگر، دو روش درمانی، دیالکتیکی و پذیرش/تعهد از جمله روش‌های درمانی به روز و نسل سوم روش‌های درمانی هستند که میزان اثر بخشی آن‌ها در حوزه‌های مختلف مثل افسردگی، اختلال شخصیت مرزی و... ثابت شده است. ولی در مطالعات قبلی، مطالعه مبنی بر چگونگی تأثیر این روش‌ها بر روی نافرمانی مقابله‌ای در کودکان و یا مقایسه این دو روش در درمان نافرمانی مقابله‌ای کودکان یافت نشد. همین امر سبب می‌شود تا جای خالی چنین تحقیقی در متون روان‌شناسی حس شود. بنابراین در این تحقیق بر این موضوع تمرکز می‌شود که آیا روش‌های درمانی دیالکتیکی و پذیرش/تعهد در درمان کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مؤثر است و در صورت مؤثر بودن آیا تفاوتی به لحاظ اثربخشی بین این دو روش درمانی وجود دارد؟

روش

طرح این تحقیق به لحاظ هدف از نوع پژوهش توسعه‌ای است و روش این پژوهش که از گونه مطالعات کاربردی است، کارآزمایی بوده و از تکنیک تصادفی بالینی بهره می‌گیرد.

جامعه آماری مطالعه حاضر شامل همه کودکان ۷ تا ۱۲ساله (پسر و دختر) دارای اختلال نافرمانی مراجعه‌کننده به مرکز روان‌پزشکی بیمارستان بقیه‌اله در سال ۱۳۹۴ بود. در این مطالعه در صورت تایید روان‌پزشک اطفال مرکز بقیه‌اله در مورد نافرمان بودن کودک مراجعه‌کننده، آن کودک وارد جامعه آماری مطالعه می‌شد که پس از آن از بین کودکان ارجاع داده شده کودکانی به صورت تصادفی جهت شرکت در

مطالعه انتخاب می‌شدند. در پژوهش حاضر تعداد نمونه برای هر گروه، که هر کدام از آنها تحت درمان یک روش درمانی قرار می‌گرفتند ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. همچنین والدین کودکان قبل از ورود به مطالعه، نسخه پنجم از پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان را به منظور اطمینان محقق از وجود اختلال نافرمانی در کودکان تکمیل می‌کردند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن کودک، تایید روان‌پزشک اطفال مبنی بر وجود اختلال نافرمانی در کودک؛ و معیارهای خروج از پژوهش شامل؛ وجود اختلال‌های روان‌شناختی دیگر در کودک، سابقه دارودرمانی برای درمان اختلال نافرمانی، پایین بودن ضریب هوشی کودک به گونه‌ای که قادر به شرکت در گروه‌درمانی نباشد. همچنین از تمام بیماران رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در مطالعه دریافت شد. قبل از شروع ارزیابی، اهداف پژوهشی برای بیماران به وضوح بیان شد. بیماران اجباری برای ادامه و اتمام دوره درمانی نداشتند، بیمار در صورت نیاز به سایر روش‌های درمانی دیگر از درمان‌های دیگر محروم نشده و از مطالعه خارج شدند (خروج از مطالعه) و اطمینان داده شد که اطلاعات راجع به بیماران محرمانه باقی خواهد ماند. ابزارهای پژوهش شامل:

پرسشنامه علائم مرضی^۹: پرسشنامه علائم مرضی کودکان یک مقیاس درجه بندی رفتار کودکان ۵ تا ۱۲ ساله بر اساس DSM-IV است که از سال ۱۹۹۱ در پژوهش‌های خارجی و موقعیت‌های بالینی بسیار مورد توجه قرار گرفته و در طی زمان کامل‌تر شده است و در حال حاضر نسخه چهارم آن یعنی CSI-4 مورد استفاده قرار می‌گیرد. در دهه گذشته در کشورمان نیز پژوهش‌هایی با استفاده از این ابزار انجام شده که به اتفاق، حساسیت این ابزار در تشخیص اختلالات روانی کودکان را مورد تایید قرار داده‌اند. این

پرسش‌نامه به صورت خود گزارشی می‌باشد و دارای دو فرم، والد و مربی/معلم است. رفتارها و حالات کودک در هر سؤال بر اساس یک مقیاس چهار قسمتی که توسط مادر/مربی تکمیل می‌گردد. دو شیوه نمره‌گذاری؛ شیوه نمره برش غربال کننده و شیوه نمره بر حسب شدت نشانه‌های مرضی، برای پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان طراحی شده است. این پرسش‌نامه در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و روایی، پایایی، حساسیت و ویژگی آن محاسبه شده است. در پژوهشی که توسط گرایسون و کارلسون (۱۹۹۱) بر روی CSI-3^{۱۰} انجام گرفت حساسیت آن برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۵۸، ۰/۷۲ گزارش شد. در پژوهش کلانتری، مولوی و توسلی (۱۳۸۰) پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش نیمه‌آزمون برای فرم والدین ۰/۸۵ و برای فرم معلمان، ۰/۹۱ به دست آمد. طبق پژوهش توکلی زاده و بواله‌ری، مهریار و همکاران (۱۳۷۶) پایایی چک لیست والدین از طریق بازآزمایی ۰/۹ تعیین شده است. همچنین پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ نیز ۰/۹۲ گزارش شد (نجفی، فولادچنگ، علی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۸).

روند اجرا بدین ترتیب بود که جهت انتخاب افراد شرکت‌کننده در پژوهش، کودکان دارای اختلال نافرمانی توسط روان‌پزشک اطفال بیمارستان بقیه‌اله تهران معرفی می‌شدند. در ابتدا هدف و روند پژوهش برای والدین آن‌ها توضیح داده شد و در صورت موافقت، از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی گرفته می‌شد. سپس از والدین خواسته شد که نسخه پنجم از پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان را پر کنند. بعد از آن کودکان به دو گروه تقسیم شدند که یک گروه ۸ جلسه دوساعته تحت روش درمانی دیالکتیکی و گروه

۲۰۰۹) و همچنین راهنمای روش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اساس کتاب راهنمای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۴) طراحی شدند. سپس در مرحله بعد توسط دو متخصص روان‌شناسی و دو متخصص روان‌سنجی مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله آخر و پس از اعمال اصلاحات مورد نظر متخصصان، راهنمای نهایی درمان تدوین شد. خلاصه این برنامه‌های درمانی در جداول ۱ و ۲ نشان داده شده است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌ها از آزمون T همبسته و تحلیل کوواریانس (ANCOVA) با استفاده از بسته آماری علوم اجتماعی (SPSS-22) و از روش‌های آماری توصیفی شامل جدول فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و واریانس استفاده گردید.

دیگر ۸ جلسه دو ساعته تحت روش تعهد پذیرش توسط متخصص روان‌شناسی بالینی قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات گروه درمانی، مجدداً از والدین کودکان درخواست شد تا با توجه به تغییرات احتمالی صورت گرفته در رفتار فرزندشان، پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان را پر کنند. (عباسی، نشاط دوست، ۱۳۹۲؛ گیمپل، پیکوک و هولاند، ۲۰۰۳). راهنمای روش درمانی دیالکتیکی برای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مرحله نخست براساس کتاب راهنمای مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک^{۱۱} (لینهان، ۲۰۱۵)، کتاب فرزندپروری برای کودکانی که هیجان‌های شدیدی دارند، به کارگیری مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیک برای کمک به کودکانی در تنظیم هیجان و رفتارهای پرخاشگری^{۱۲} (پت هاروی،

خلاصه محتوای جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)

جلسه	محتوای جلسه
اول	ذهن آگاهی جهت تمرکز کودکان بر هیجان در مورد تفاوت بین افکار، هیجان و رفتار صحبت می‌کنیم. در یک جمله‌ی برجسته: دور هیجان خط بکشید، زیر فکر یک خط بکشید و زیر رفتار خط‌های موج دار بکشید. در ادامه جلسه با مقدمه‌ای بر تمرین ذهن آگاهی آغاز شد. با استفاده از تمرین نوشتن اسم خود و دید هلی‌کوپتری به تمایز میان ذهن خردمند، منطقی و هیجانی پرداخته شد. تکلیف خانگی این جلسه نیز عبارت است از تمایز احساس و رفتار - ذهن خردمند.
دوم	ذهن آگاهی در ابتدا به مرور تکالیف جلسه قبل پرداخته، سپس به معرفی و تمرین ۵ حس پرداخته شد. همچنین تمرین اژدهای سه سر معرفی و بدان پرداخته شد. در ادامه نیز تمرین «چطور» به منظور اشاره به عدم قضاوت، داشتن یک ذهن و مؤثر بودن تمرین شد. تکلیف خانگی این جلسه نیز تمرین ۵ حس است.
سوم	تحمل پریشانی پس از مرور تکالیف جلسه قبل و اژدهای سه سر، در این جلسه بر روی مهارت‌های تحمل پریشانی تمرکز می‌شود که در این راه از راهبردهای stop و distract استفاده شد. سپس با تمرین ۱،۲،۳ با استفاده از حواس، تمرکز خود را به روی چیزهایی قرار دهد تا از ناراحتی او کم شود. تکلیف خانگی این جلسه نیز به کارگیری مهارت stop و تمرین ۱،۲،۳ است.

چهارم	تحمل پریشانی
	پس از مرور تکالیف جلسه قبل به تمرین رنگ‌ها پرداخته شد. با استفاده از این تمرین سعی می‌شود تا توجه فرد به رنگ‌های مختلف جلب شود و بتواند هیجانات خود را مدیریت کند. هم‌چنین تمرین خود آرامش‌بخشی معرفی شد تا با استفاده از حواس پنج‌گانه به رفتارهایی بپردازد که در ادامه به آن‌ها علاقه دارد و در هنگام مواجهه با شرایط نامناسب از آن‌ها استفاده کند. تکلیف این جلسه خود آرامش بخشی است.
پنجم	تنظیم هیجان
	این جلسه با مرور تکلیف خانگی جلسه قبل آغاز شد. در ادامه به آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان با استفاده از کاهش حساسیت هیجانی، افزایش هیجان‌های مثبت، آگاه شدن از هیجان‌های دردناک، به جای مبارزه با آن‌ها و هم‌چنین عمل متضاد است.
ششم	تنظیم هیجان
	این جلسه به کاهش آسیب‌پذیری هیجانی با استفاده از مهارت PLEASE است. این موارد شامل بهداشت فیزیکی، بهداشت خوردن، خواب مناسب و ورزش کردن است. در مورد فعالیت‌های مناسب خواب گفتگو می‌شود. اهمیت ورزش و نیاز به آن تشریح می‌شود. تکلیف خانگی این جلسه تکمیل برگه‌ای برای خواب، ورزش کردن، تغذیه و بهداشت فیزیکی است.
هفتم	اثربخشی بین‌فردی
	این جلسه و جلسه بعد بر روی اثربخشی بین‌فردی کار می‌شود. مهارت‌هایی که در اثربخشی بین فردی آموزش داده می‌شوند شانس رسیدن فرد به آنچه که می‌خواهد را افزایش می‌دهد در حالی که ارتباطاتش را حفظ یا افزایش می‌دهد. در این جلسه از مهارت DEAR استفاده می‌شود. توصیف موقعیت یا وضعیت (موقعیت و وضعیت فعلی به طور)، بیان احساسات و افکار (احساسات و نقطه نظر خودتان درباره موقعیت)، درخواست آنچه که می‌خواهید (آنچه را که می‌خواهید را به روشنی بیان کنید)، پاداش یا انگیزش شخص (اثرات مثبت آنچه را که می‌خواهد یا نیاز دارد را به فرد بگویید). تکلیف خانگی این جلسه تمرین موارد بیان شده است.
هشتم	اثربخشی بین‌فردی
	ضمن مرور تکالیف جلسه قبل از مهارت FRIEND در این جلسه استفاده شد. در این تمرین آموزش داده شد تا منصف باشند، به دیگران احترام بگذارند، فعالیت‌های لذت بخش انجام دهند، آسان‌گیر باشند، مذاکره کننده و هدایت کننده باشند. تکلیف آن‌ها نیز این است که موقعیتی را انتخاب کنند مانند تعامل با یک فرد اعم از دوست، مادر، پدر، خواهر و برادر. در این موقعیت مهارت‌هایی یاد گرفته شده را تمرین و به کار گیرند و آن‌ها را در برگه‌های مخصوص یادداشت کنند.

خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)

جلسه	محتوای جلسه
اول	ذهن آگاهی
	جلسه اولیه پس از یک جلسه سنجش انجام می‌شود. در این جلسه از طریق والدین، کودک و رفتارهای مشکل‌ساز و کنترلی او را شناخته و روند کار را کاملاً برای آن‌ها توضیح می‌دهیم. سه جلسه اول صرفاً با والدین است و از جلسه چهارم به بعد حضور کودک هم در کنار والدین خواهد بود. تکلیف این جلسه نوشتن دو یا سه موقعیت برای تمایز فکر، احساسات و رفتار است.

دوم

استعاره جزیره

پس از بررسی و مرور تکالیف، جلسه دوم ادامه می‌یابد. این جلسه با ارائه یک داستان که «استعاره جزیره یا کشتی» نام دارد آغاز می‌شود. سپس به بحث در مورد نیازها و ارزش‌های والدین پرداخته می‌شود. تکلیف این جلسه نیز نوشتن برخی از رفتارهایی است که با توجه به داستان فرد در جزیره آن‌ها را انجام می‌دهد.

سوم

ارزش‌های مادر

پس از مرور تکالیف مربوط به جلسه قبل، درمانگر و والدین به گفتگو در مورد ارزش‌هایی که یک مادر می‌تواند داشته باشد و عمل کردن به آن‌ها گفتگو می‌شود. این ارزش‌ها می‌توانند در قالب مذهب و معنویت، رابطه صمیمانه، تفریح، سرگرمی، روابط اجتماعی، سلامتی، هنر و ... باشد. تکلیف این جلسه نیز این است که برای هر ارزشی یکی دو کار اضافه انجام دهند.

چهارم و پنجم

ارزش‌های کودک

این اولین جلسه‌ای است که کار را مستقیماً با کودکان آغاز می‌کنیم. پس از بازی با کودکان و ایجاد رابطه، مشاور به گفتگو در مورد ارزش‌های کودک به گفتگو می‌پردازد. درمانگر کمک می‌کند تا کودک بتواند ارزش‌های خود را شناسایی کند. اگر لازم بود به کودک استراحت داده می‌شود تا خوراکی بخورد و به بازی کردن بپردازد.

ششم

مشاور به همراه کودک به مرور تمرین دارت می‌پردازد و سپس تصاویری را به آن‌ها نشان می‌دهد و از کودک می‌خواهد تا آن‌ها را توصیف کند. در این جلسه از استعاره ببر نیز می‌توان استفاده کرد. در واقع ببرها که به کودک می‌گویند عصبانی باش، وسایلت را پرت کن و... هستند. تکلیف این جلسه برای کودک این است که به شناسایی دوتا از ببرهای خود بپردازد.

هفتم

در این جلسه به مرور تکالیف کودک و بررسی اوضاع ببرها، موفقیت او را تحسین می‌کنیم. سپس از کودک می‌خواهیم تا با استفاده از چند ماژیک رنگی روی تابلو یک نقاشی ترسیم کند. در ادامه مدام به او می‌گوییم نقاشی ات زشت است پاک کن، چرا آسمان را آبی کشیدی رنگ دیگری استفاده کن و... و می‌خواهیم در برابر این ببرها ایستادگی کند. تکلیف این جلسه این است که ببرها را با کمک یک مقوا و والدین بنویسد و در کنار آن عکس یک لیوان را بکشد و ببرهایی که به سراغ او می‌آیند را به درون آن بیندازد.

هشتم

در این جلسه خوب است که روند درمان را به آن‌ها نشان دهیم. مثلاً می‌گوییم، وقتی تو عصبانی می‌شوی و شروع به داد و بیداد کردن می‌کنی و وسایلت را پرت می‌کنی ببر تو خیلی بزرگ است و باید او را ضعیف و ضعیف‌تر کنی. سپس تصاویر ببر و آدمک‌هایی که رو و پشت به قلب‌ها هستند را نشان می‌دهیم و به خوبی برای آن‌ها توضیح می‌دهیم که چگونه عمل کنند.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی مربوط به سن و مقطع تحصیلی شرکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده‌اند.

جدول ۱- آماره های توصیفی شرکت کنندگان

درصد	تعداد	فراوانی متغیرها	
۲۳/۳	۷	۷	سن
۳۰	۹	۸	

۲۳/۳	۷	۹	مقطع تحصیلی
۱۶/۷	۵	۱۰	
۶/۷	۲	۱۱	
۱۰۰	۳۰	مجموع	
۲۰	۶	اول	
۲۳/۳	۷	دوم	
۳۰	۹	سوم	
۱۶/۷	۵	چهارم	
۱۰	۳	پنجم	
۱۰۰	۳۰	مجموع	

آماري کمک گرفت که در ادامه به آن‌ها پرداخته می‌شود.

مفروضه های اجرای آزمون T همبسته و آزمون ANCOVA (نرمال بودن، خطی بودن، انحراف از خطی بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون‌ها) مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جداول زیر ارائه شده است.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ به تفکیک گروه‌ها در مرحله پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است. با توجه به مقادیر جدول می‌توان مشاهده کرد که در هر دو روش درمان دیالکتیکی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین‌های پس آزمون نافرمانی مقابله‌ای نسبت به پیش آزمون، کاهش چشمگیری داشته است اما برای بررسی معناداری این کاهش می‌بایست از نتایج آزمون‌های

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	مرحله	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
نافرمانی مقابله‌ای	درمان دیالکتیکی	پیش آزمون	۸	۲۴	۱۶/۵۳۳۳	۵/۱۳۹۰۲
		پس آزمون	۰	۳	۱/۸۶۶۷	۱/۳۲۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش آزمون	۱۱	۲۴	۱۶/۰۶۶۷	۳/۴۵۳۰۹
		پس آزمون	۰	۳	۲/۲۶۶۷	۱/۰۹۹۷۸

جدول ۳- آزمون کولموگروف اسمیرنوف بیانگر مفروضه نرمال بودن متغیر نافرمانی مقابله ای

متغیر	گروه	Z کولموگروف اسمیرنوف	Sig
نافرمانی مقابله‌ای	DBT	۱/۰۶۴	۰/۲۰۸
	ACT	۱/۳۴۶	۰/۰۵۳

جدول ۴- نتایج بررسی مفروضه های تحلیل واریانس یک بعدی (خطی بودن و انحراف از خطی بودن) و همگنی شیب رگرسیون ها

نوع پیش فرض	F	Sig
همگنی واریانس ها	۱/۶۲۴	۰/۲۱۳
خطی بودن	۰/۳۵۴	۰/۵۵۹
انحراف از خطی بودن	۰/۴۶۸	۰/۸۷۸
همگنی شیب رگرسیون ها	۰/۱۷۷	۰/۶۷۷

با توجه به جدول ۴ مشاهده می شود که چون مقدار معناداری آزمون کولموگروف اسمیرنوف بالاتر از ۰/۰۵ است، بنابراین مفروضه نرمال بودن نیز برای انجام تحلیل نهایی برقرار می باشد.

جدول ۵- نتایج آزمون T همبسته تأثیر روش های درمانی ACT و DBT بر نافرمانی مقابله ای

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	T	درجه آزادی	sig
ACT	۱۳/۸۰	۳/۳۸	۰/۸۷	۱۵/۷۹	۱۴	۰/۰۰۱
DBT	۱۴/۶۶	۵/۱۹	۱/۳۴	۱۰/۹۴	۱۴	۰/۰۰۱

براساس داده های جدول ۵ مشاهده می شود که سطح معناداری آزمون F همگنی واریانس ها بیشتر از میزان خطای ۰/۰۵ است که این نشان دهنده برقراری این مفروضه می باشد. در ادامه هرچند نتایج سطح معناداری مقادیر F آزمون خطی بودن بیشتر از میزان خطای ۰/۰۵ است. اما با توجه به میزان انحراف از خطی بودن در این پژوهش، چون سطح معناداری بیشتر از میزان خطای ۰/۰۵ است، این مفروضه نیز رعایت گردیده است. همچنین، چون سطح معناداری مقادیر F آزمون همگنی شیب رگرسیون ها بیشتر از میزان خطای ۰/۰۵ است، می توان استنتاج کرد که مفروضه همگنی شیب رگرسیون ها نیز برقرار است. با توجه به نتایج جدول ۶ می توان مشاهده کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری موجب کاهش علائم نافرمانی مقابله ای کودکان می شود و این کاهش در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است ($P=۰/۰۰۱, t=۱۵/۷۹$). همچنین درمان دیالکتیکی به طور معناداری موجب کاهش علائم نافرمانی مقابله ای کودکان می شود و این کاهش در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است ($P=۰/۰۰۱, t=۱۰/۹۴$).

جدول ۶- تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون درمان تعهد/پذیرش نسبت به درمان دیالکتیکی در درمان اختلال نافرمانی مقابله ای

منبع	SS	DF	MS	F	Sig	Eta
پیش آزمون	۰/۷۳۱	۱	۰/۷۳۱	۰/۴۹۴	۰/۴۸۸	۰/۰۱۸
واریانس بین گروهی	۱/۳۰۲	۱	۱/۳۰۲	۰/۸۸۰	۰/۳۵۷	۰/۰۳۲
واریانس درون گروهی	۳۹/۹۳۶	۲۷	۱/۴۷۹			
واریانس کل	۱۷۰	۳۰				

مشاهده می‌شود که تفاوت معناداری بین درمان مبتنی بر تعهد/پذیرش نسبت به درمان دیالکتیکی در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجود ندارد و هر دو درمان به یک اندازه در کاهش علایم نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بوده‌اند ($P=0/357$ ، $F(1,27)=0/880$).

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) به طرز معناداری اثربخش است. این نتایج با پژوهش بنکویا (۲۰۱۳) که به درمان مبتنی بر پژوهش گروهی بین ۲۸ کودک دارای بدتنظیمی هیجانی و رفتارهای برونی‌سازی پرداخت همسو می‌باشد. همچنین با نتایج پژوهش ویکسل، ملین، لکاندار و اولسون (۲۰۰۹)، گومیان و شایری (۲۰۱۴) و سیرت (۲۰۱۱) همسو می‌باشد. کودکان مبتلا به ODD معمولاً با بزرگترها جر و بحث می‌کنند، از کوره در می‌روند و خشمگین، رنجیده خاطر و زودرنج هستند. در مقابل خواسته‌ها و رفتار دیگران نافرمانی می‌کنند و زود عصبانی می‌شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با به کارگیری فنونی نظیر گسلش و پذیرش میزان آزارندگی این موقعیت‌ها را برای کودکان کاهش می‌دهد و اگر چه مستقیماً محتوای افکار این کودکان را مورد هدف قرار نمی‌دهد اما در نتیجه استفاده از فنون گسلش و پذیرش و نیز گفتگو پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم شناسایی و تصریح آن‌ها همگی منجر به کاهش عوامل زیربنایی رفتارهای نافرمانی، همانند اضطراب و خشم در این کودکان می‌شود. رفتارهای این کودکان اغلب در روابط بین فردی آن‌ها تأثیرگذار است. اغلب دوستی ندارند، این مشکلات ممکن است موجب عزت نفس پایین و تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات

عصبانیت شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با برقراری تعادل میان پذیرش برخی مشکلات و همین‌طور وجود افراد مختلف با ویژگی‌های متفاوت و از طرفی با تعهد به تغییر مسائل مربوط به خود می‌توان به بازسازی روابط بین فردی افراد و در نتیجه بهبود آن در یک چرخه مثبت پرداخت. فرایندهای مرکزی ACT به افراد می‌آموزند چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شوند فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند. در مجموع بسیاری از ویژگی‌ها و تظاهرات اختلال ODD مناسب درمان مبتنی بر پذیرش می‌باشد.

نتایج به دست آمده نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک (DBT) به طور معناداری در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) مؤثر است. یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعه میلر، راتوس، لاندسمن و لینهان (۲۰۰۷) در به کارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی برای نوجوانان خودکشی‌گرا و هم‌چنین پژوهش پرپلتچیکوا، آکسلورد، کافمن، رانسویل و همکاران (۲۰۱۱) در به کارگیری رفتار درمانی دیالکتیک برای کودکان دارای رفتارهای خودکشی‌گرا و غیر خودکشی‌گرا؛ مطالعه نریمانی، بگیان کوله مرز، احدی و ابوالقاسمی (۱۳۹۳) در مورد آموزش DBT بر کاهش نشانه‌های ADHD همسو است. در واقع کودکان دارای اختلال ODD نمی‌توانند هیجان‌های خود را مدیریت کنند به خصوص در مقابله با هیجان‌هایی از قبیل خشم، سریعاً از خود واکنش نشان داده و رفتار پرخاشگری از خود نشان می‌دهند. به کارگیری اصول رفتار درمانی دیالکتیک موجب ایجاد راهبردهای مناسب در کودکان می‌شود که در هنگام مواجهه با رویدادهای ناخوشایند درونی و بیرونی به جای ارائه واکنش‌های سریع و نامناسب، با استفاده از

مطالعات نشان می‌دهند که آموزش رفتار درمانی گروهی، رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی و بهبود زندگی آنان مؤثر است و این درمان می‌تواند در کنار سایر روش‌های درمانی به عنوان درمانی اثربخش در کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی به کار رود (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳). هم‌چنین درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش انعطاف‌پذیری در پاسخ به افکار و احساسات را از طریق فرایند ذهن‌آگاهی، پذیرش و تغییر رفتار افزایش می‌دهد (هایز، لوین، پلام-ویلاردگا و همکاران، ۲۰۱۳؛ ویلسون، بوردیر، فلین و همکاران، ۲۰۱۱). بررسی مطالعات نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند برای کودکان دارای بدتنظیمی‌های هیجانی اثربخش باشد (اسواین و همکاران، ۲۰۱۵). در واقع مطالعات نشان داده که هم رفتار درمانی دیالکتیکی و هم درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌توانند برای کودکان دارای مشکلات رفتاری از جمله، اختلال نافرمانی مقابله‌ای به عنوان درمان‌های مؤثر در کنار درمان‌ها به کار روند. به طور خلاصه می‌توان گفت که اگر چه هر دو درمان در کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بودند ولی هیچ کدام از درمان‌ها نسبت به هم تفاوت معناداری نداشتند. هم درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (هایز و همکاران، ۲۰۱۳) و هم رفتار درمانی دیالکتیکی (باز و همکاران، ۲۰۰۴) در درمان کودکان دارای مشکلات رفتاری هنوز در اوایل راه هستند و برای اثبات اثربخشی آن‌ها توصیه می‌شود محققین در پژوهش‌ها و تحقیقات آتی با گروه‌ها و شرایط متفاوت، این درمان‌ها را به کار برده و اثربخشی آن‌ها را مورد بررسی قرار دهند.

انجام پژوهش با برخی محدودیت‌ها همراه است. محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بودند از: جامعه

تفکیک میان شناخت، احساس و رفتار و به کارگیری راهبردهایی همچون ذهن‌آگاهی، حواس پرتی، مهارت STOP، خودآرامش‌بخشی، موج‌سواری بر روی هیجان و یادگیری مهارت‌های بین فردی پاسخ‌های مناسبی ارائه داده و می‌تواند رویدادهای درونی خود را مدیریت کند. این درمان با به کارگیری مهارت‌های تنظیم هیجان به این کودکان کمک می‌کند تا به شناسایی بهتر و دقیق‌تر احساسات خود بپردازند و بتوانند هیجانات خود را بدون به کارگیری راهبردهای مخرب به شیوه مناسب تعدیل و تنظیم کنند. در ضمن آموزش روابط بین فردی به این کودکان کمک می‌کند تا به جای سرزنش و روابط نامطلوب با دیگران، آن‌ها را بپذیرند و در طول زمان رفتار مناسب و محترمانه‌تری با اطرافیان خود داشته باشند.

نتایج نشان داد که بین دو درمان دیالکتیکی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معناداری وجود ندارد بلکه هر دو درمان به یک میزان توانسته‌اند علائم نافرمانی مقابله‌ای را کاهش دهند. این یافته نشان می‌دهد که در وهله نخست درمان دیالکتیکی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در درمان و کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثربخش هستند. رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، دارای مؤلفه‌های مشترکی هستند که این امر می‌تواند یافته‌های مربوط به این مطالعه را تا حدودی تبیین کند. از جمله اینکه در رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) که آمیخته‌ای از تکنیک‌های رفتاری، شناختی و آموزه‌های مبتنی بر پذیرش می‌باشد تحمل رنج و پریشانی را جزء مؤلفه پذیرش و تنظیم هیجانی می‌داند. پذیرش در درمان‌های جدید از جمله رفتار درمانی دیالکتیکی جزء اولین اصول تغییر و درمان می‌باشند (بوس، هاف، سیمز و همکاران، ۲۰۰۴).

گسترده‌ای از مشکلات و اختلال‌ها استفاده کرد. از جمله در درمان اختلال‌های استرس پس از سانحه، اختلال سلوک، اختلال اضطرابی، اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه. علاوه بر این، با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود به منظور درمان کودکان دارای اختلال ODD هر یک از درمان‌های DBT و ACT و متناسب با شرایط موجود مورد نظر و استفاده متخصصان و روان‌شناسان این حوزه از اختلال‌های کودکان یعنی اختلال ODD قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگان و هم‌چنین تمامی کارکنان بیمارستان بقیه‌الله که شرایط اجرای این پژوهش را هموار ساختند سپاسگزاری می‌نمایم.

پی‌نوشت

- 1- Oppositional defiant disorder
- 2- Diagnostic and statistical manual of mental disorder- fifth edition
- 3- American psychiatry association
- 4- Acceptance and commitment therapy
- 5- Psychological acceptance
- 6- Psychological awareness
- 7- Committed Action
- 8- Dialectical behavior therapy
- 9- Child symptoms inventory
- 10- Child symptoms inventory
- 11- DBT skills training manual
- 12- Parenting a child who has intense emotions: dialectical behavior therapy skills to help your child regulate emotional outbursts and aggressive behavior

منابع

- ۱- ایزدی، راضیه، و عابدی، قدرت. (۱۳۹۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: انتشارات جنگل.
- ۲- پورفرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. مجله دانش و تندرستی. ۶(۲)، ۱-۵.
- ۳- توکلی‌زاده، جهان‌شیر، بواله‌ری، جعفر، مهریار، امیر هوش‌سنگ، و دژکام، محمود (۱۳۷۶).

آماری تحقیق کودکان بودند، میزان همکاری جامعه آماری با محقق کم‌تر بود، به دلیل این‌که از گروه درمانی در این تحقیق استفاده شد هماهنگ کردن افراد و حضور به موقع آن‌ها در جلسات از جمله موانع تحقیق بود. محدودیت دیگر ابزار مورد استفاده در سنجش متغیرهای پژوهش می‌باشد. به کارگیری پرسش‌نامه‌های خودگزارشی والدین ممکن است با خطاهایی از سوی والدین و سوگیری‌هایی همراه باشد. یکی دیگر از محدودیت‌ها مربوط به جامعه مورد مطالعه است که شامل همه کودکان (پسر و دختر) دارای اختلال نافرمانی مراجعه‌کننده به مرکز روان‌شناسی بیمارستان بقیه‌الله در سال ۱۳۹۴ بود که تعمیم نتایج حاضر به سایر جوامع را با مشکل مواجه می‌سازد. لذا بهتر است در پژوهش‌های آتی، تحقیق بر روی سایر جوامع و بیمارستان‌ها و مراکز انجام شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی اثربخشی هر یک از درمان‌های DBT و ACT در اختلال‌های مربوط به کودکان به منظور به کارگیری هر چه بهتر درمان‌ها در اختلال‌های گوناگون پرداخته شود و به بررسی اثربخشی هر یک از درمان‌های DBT و ACT در متغیرهای مختلف از قبیل پرخاشگری، روابط بین فردی، پیشرفت تحصیلی کودکان دارای اختلال ODD پرداخته شود، متخصصان پرسش‌نامه‌هایی دیگر تهیه و مورد استفاده قرار دهند، هم‌چنین انجام پژوهش بر روی نمونه‌ای گسترده‌تر و نهایتاً مقایسه جداگانه هر یک از پروتکل‌های درمانی ACT و DBT با سایر درمان‌های دارای حمایت تجربی در اختلال ODD و سایر اختلال‌های کودکان کمک‌کننده خواهد بود. هم‌چنین با توجه به اتخاذ رویکرد فراتشخیصی این درمان‌ها و همپوشی برخی اختلال‌ها با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به نظر می‌رسد می‌توان از این درمان‌ها در طیف

- 11- Alavi, A., Sharifi, B., Ghanizadeh, A., Dehbozorgi, G. (2014). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in decreasing suicidal ideation and hopelessness of the adolescents with previous suicidal attempts. *Iranian journal of pediatrics*, 23(4), 467-472.
- 12- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- 13- Bach, P., Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(5), 1129-1139.
- 14- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., ... Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 42(5), 487-499.
- 15- Bond, F. W., Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of applied psychology*, 88(6), 1057-1067.
- 16- Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., Iacono, W. G. (2001). Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: the importance of shared environment. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 516-525.
- 17- Chronis, A. M., Jones, H. A., Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical psychology review*, 26(4), 486-502.
- 18- Forman, E. M., Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy, 77-101.
- 19- Ghomian, S., Shairi, M. R. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for children with chronic pain (chact) on the function of 7 to 12 year-old children. *International Journal of Pediatrics*, 2(3.1), 195-203.
- 20- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior therapy*, 35(4), 689-705.
- 21- Gimpel, G. A., Peacock, G. G., Holland, M. L. (2003). Emotional and behavioral problems of young children: Effective interventions in the همه‌گیری‌شناسی اختلالات رفتاری ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی شهر گنایاد. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۳(۱ و ۲)، ۴۰-۵۲.
- ۴- سادوک، بنجامین. جیمز. و سادوک، ویرجینیا. آلکوت (۲۰۰۷). خلاصه‌ی روان‌پزشکی: علوم رفتاری و روان‌پزشکی بالینی. ترجمه‌ی فرزین رضاعی (۱۳۸۷). تهران: ارجمند.
- ۵- عباسی، مرضیه. نشاط دوست، حمید طاهر. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان تعامل والد کودک بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۵(۳)، ۵۹-۶۷.
- ۶- علوی، خدیجه.، مدرس غروی، مرتضی.، امین‌یزدی، سیدامیر.، و صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲)، ۱۲۴-۱۳۵.
- ۷- قهاری، شهربانو (۱۳۷۵). بررسی مقایسه‌ای میزان شیوع اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه، افسردگی و اضطراب فراگیر در کودکان شاهد، محروم از پدر، جانباز و عادی شهر چالوس با ابزار CSI-4. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- ۸- کلانتری، مهرداد.، مولوی، حسن.، و توسلی، میترا (۱۳۸۴). رابطه شیوه‌های فرزند پروری و اختلالات رفتاری در کودکان پیش دبستانی شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*. ۲۴، ۵۹-۶۸.
- ۹- نجفی، محمود.، فولاد چنگ، محبوبه.، علی‌زاده، حمید.، و محمدی‌فر، محمدعلی (۱۳۸۸). میزان شیوع اختلال کاستی توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبستانی. *پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی*. ۹(۳)، ۲۳۹-۲۵۴.
- ۱۰- نریمانی، محمد.، بگیان کوله‌مرز، احدی، بتول، ابوالقاسمی عباس (۱۳۹۳). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر کاهش نشانه‌های اختلال نقص توجه‌بیش‌فعالی و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان. *مجله روانشناسی بالینی*. ۱۱(۲۱)، ۱-۱۴.

- 33- Savickas, M. L. (2011). *Career Counseling (Theories of Psychotherapy)*. Washington, DC, American Psychological Association.
- 34- Spencer, T. J., Wilens, T. E., Biederman, J., Weisler, R. H., Read, S. C., Pratt, R. (2006). Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (Adderall XR) in the management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescent patients: a 4-week, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study. *Clinical therapeutics*, 28(2), 266-279.
- 35- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., Bowman, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85.
- 36- Wagner, A. W., Rizvi, S. L., Harned, M. S. (2007). Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: When one case formulation does not fit all. *Journal of traumatic stress*, 20(4), 391-400.
- 37- Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M., Olsson, G. L. (2009). Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain—a randomized controlled trial. *Pain*, 141(3), 248-257.
- 38- Wilson, K. G., Bordieri, M. J., Flynn, M. K., Lucas, N. N., Slater, R. M. (2011). Understanding Acceptance and Commitment Therapy in context: a history of similarities and differences with other cognitive behavior therapies. *Acceptance and Mindfulness in Behavior Therapy: understanding and applying the new therapies*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc, 10, 9781118001851.
- preschool and kindergarten years. Guilford Press.
- 22- Gorfain, J. R. (2010). Act of Love. *Gastronomica*, 10(2), 22-23.
- 23- Grayson, P., Carlson, G. A. (1991). The utility of a DSM-III-R-based checklist in screening child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(4), 669-673.
- 24- Greene, R. W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M. C., Goring, J. C., Faraone, S. V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1214-1224.
- 25- Harvey, P., Penzo, J. A. (2009). *Parenting a Child who has Intense Emotions: Dialectical Behavior Therapy Skills to Help Your Child Regulate Emotional Outbursts & Aggressive Behaviors*. New Harbinger Publications.
- 26- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- 27- Hayes, S. C., Lillis, J. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association.
- 28- Heflinger, C. A., Humphreys, K. L. (2008). Identification and treatment of children with oppositional defiant disorder: A case study of one state's public service system. *Psychological Services*, 5(2), 139-152.
- 29- Linehan, M. M. (2015). *DBT® skills training manual*. Guilford Publications.
- 30- Miller, A. L., Rathus, J. H., Landsman, M., Linehan, M. M. (2006). *Dialectical Behavior Therapy: Multi-family skills training group*. Unpublished manual.
- 31- Nolan, E. E., Gadow, K. D., Sprafkin, J. (2001). Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 241-249.
- 32- Perepletchikova, F., Axelrod, S. R., Kaufman, J., Rounsaville, B. J., Douglas-Palumberi, H., Miller, A. L. (2011). Adapting Dialectical Behaviour Therapy for children: Towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours. *Child and adolescent mental health*, 16(2), 116-121.