

اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر خودکارآمدی و مشکلات بین فردی زنان دارای اختلال شخصیت وابسته^۱

محمد‌هادی هادیزاده^۲، شکوه نوابی نژاد^۳، رحمت الله نورانی‌پور^۴، ولی‌الله فرزاد^۵

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۸/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۰۸

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر خودکارآمدی و مشکلات بین فردی زنان دارای شخصیت وابسته بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر را کلیه زنان ۱۹ تا ۴۰ ساله شهر تهران که به مراکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دفتر مشاوره تنکابنی و دفتر مشاوره پژوهشگر، مراجعه کرده و بر اساس آزمون شخصیت میلون دارای اختلال شخصیت وابسته بودند، تشکیل می‌داند. از بین افراد جامعه ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش در معرض ۱۰ جلسه درمان شناختی - تحلیلی قرار گرفت درحالی‌که گروه کنترل این درمان را دریافت نکرد. افراد گروه کنترل و آزمایش قبل از اجرای مداخلات و یک ماه پس از اجرای مداخلات از طریق پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (۱۹۸۲) و مقیاس مشکلات بین فردی بارخام (۱۹۹۶) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان شناختی - تحلیلی به طور معناداری ($P < 0.0001$) در افزایش خودکارآمدی و کاهش

۱. این مقاله مستخرج از رساله دکترای مشاوره نویسنده نخست از در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است.

۲. دانشجوی دکترای مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

۳. نویسنده مسئول، دکترای مشاوره، استاد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

Hadi.hadizade@gmail.com

۴. دکترای مشاوره، دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۵. دکترای مشاوره، استاد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

مشکلات بین فردی افراد گروه آزمایش موثر بوده است. نتیجه گیری: متخصصان حوزه سلامت روان می‌توانند از درمان شناختی - تحلیلی در بهبود مشکلات بین فردی و خودکارآمدی زنان دارای اختلال شخصیت وابسته بهره مند شوند.

واژه‌های کلیدی: خودکارآمدی، مشکلات بین فردی، درمان شناختی - تحلیلی، اختلال شخصیت وابسته.

مقدمه

طبق متن تجدید نظر شده پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی، اختلال شخصیت الگوی پایداری از رفتار و تجربه درونی است که با انتظارات فرهنگی به میزان قابل ملاحظه‌ای مغایرت دارد، فراگیر و انعطاف ناپذیر است، در دوران نوجوانی یا بزرگسالی آغاز می‌شود، در طی زمان پایدار است و به پریشانی و اختلال منجر می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۶). افراد دارای اختلال شخصیت ویژگی‌هایی دارند که حوزه‌های مختلف زندگی شان را تحت تأثیر قرار داده و کارآمدی آنها را کاهش می‌دهد (نجفی، بیطرف، محمدی فروزاعی مته کلایی، ۱۳۹۴). یکی از انواع اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت وابسته است. در ارزیابی و فهم بالینی موارد دچار اختلال شخصیت وابسته^۲، دو برداشت ذهنی را می‌توان به صورت نمایان یا پنهان دریافت: نخست ناتوانی، بی کفایتی و درماندگی فرد که بیانگر احساس خودکارآمدی پایین در فرد است و برداشت ذهنی دوم خطرناکی و ناامنی دنیا است (برنشتاین^۳، ۱۹۹۶).

خودکارآمدی ادراک افراد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزتگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی است. این ویژگی از نظر بندورا ضروری‌ترین ساز و کار انسان برای کنترل حوادثی که بر زندگی او اثر می‌گذرانند (ابراهیمی مقدم و محمودی، ۱۳۹۶). افراد دارای خودکارآمدی بالا توانایی مقابله با مشکلات را دارند و هر موفقیتی موجب افزایش اعتماد به خود در آنها می‌شود. در مقابل افراد دارای خودکارآمدی پایین در توانایی‌های

1. American Psychiatric Association
2. dependent personality disorder
3. Bornstein, R. F.

خود تردید دارند و خود را در مقابله با محیط ناتوان می‌بینند (ابوالقاسمی و جعفری، ۱۳۹۱). به نظر می‌رسد خودکارآمدی افراد وابسته دچار اختلال باشد.

برداشت ذهنی دوم خطرناکی و ناامنی دنیا است. از این رو فرد بدین اندیشه می‌افتد که پشتیبانی توانا، استوار و نیرومند برای خود بیابد که او را در چنان وضعیت ناخوشایندی یاری رسانده و از مهلکه‌ها رهایی بخشد (برنشتاین، ۱۹۹۶). پژوهش جیمز^۱ (۱۹۹۶) نشان داد که بین وابستگی با رفتار اجتماعی و کیفیت روابط اجتماعی رابطه وجود دارد. این افراد به روابط مخرب و منفی گرایش دارند. همچنین این کارکرد اجتماعی در آنها منجر به احساس تنهایی بیشتر و افسردگی می‌شود. برنشتاین (۱۹۹۲) در پژوهش خود نشان داد در موقعیتهای اجتماعی، اختلال شخصیت وابسته با تلقین پذیری، توافق، سازشکاری و حساسیتهای بین فردی ارتباط دارد. همچنین این اختلال شروع برخی اختلالات روانپزشکی را نیز پیش بینی می‌کند. از این رو افراد وابسته تمایل قوی به حفظ روابط نزدیک خود نشان می‌دهند و هرگونه نشانه‌ای که بیانگر ترد آنها توسط موضوع وابستگی باشد، با واکنشهای هیجانی نظیر اضطراب، غم و حتی خشم مواجه شده و از هرگونه تلاشی برای حفظ رابطه دریغ نمی‌کنند.

با توجه به ویژگی‌های مذکور درمان اختلال شخصیت وابسته ضروری به نظر می‌رسد. یکی از درمانهایی که اخیراً در درمان اختلال شخصیت توسط رایلی^۲ (۲۰۰۲) مطرح شده درمان شناختی - تحلیلی^۳ است. درمان شناختی - تحلیلی به عنوان یکی از درمانهای کوتاه مدت روان شناختی، رویکردی ماهرانه، فعال و مبتنی بر بینش افزایشی دارد و در موقعیتهای گروهی به طور ماهرانه در حل مسائل به عنوان تقویت انگیزش برای تغییر عمل می‌کند (افخم ابراهیمی، ۱۳۸۱). درمان شناختی - تحلیلی درمانی فعال است که بر اساس فرمول بندی مبتنی بر ادغام عناصر مفید نظریه‌های روان پویایی روابط شیء و

1. James, O.

2. Ryle, A.

3. cognitive analytic therapy

روان‌شناسی شناختی به ویژه نظریه سازه‌های فردی کلاین استوار است و مشارکت کامل مراجع را می‌طلبد (هپل^۱، ۲۰۰۴). بیشترین تأثیر این روش درمان بر کاهش سردرگمی و اشتغالات ذهنی مراجعان، حل تعارضات گذشته و شناخت روشهای کارآمدتر در زندگی افراد می‌باشد که در نهایت منجر به کاهش علائم می‌شود (چنن هنری، لوئیس، مک کاتچئون، دادژئون و همکاران^۲، ۲۰۰۸). پژوهشهای بسیاری اثر بخشی این درمان را در کاهش شدت علائم در طیف وسیعی از اختلالات از جمله اختلالات شخصیت، افسردگی، وحشتزدگی، روان پریشی و اختلالات روان تنی نشان داده است (کلت^۳، ۲۰۱۲) در سبب شناسی اختلال شخصیت وابسته نقش تجربیات اولیه در خانواده و پاسخ به این تجربیات در شکل‌گیری ساختارهای شناختی تأکید شده است که فرزندان ممکن است اعتقادات و بازنمودهای ذهنی درباره‌ی خودکارآمدی و قدرت دیگران در ذهن خود را پرورش دهند (اسپری^۴، ۲۰۰۳). از آنجا که درمان شناختی - تحلیلی بر اثر روابط اولیه با افراد مهم در شکل‌گیری ویژگی‌های و نقش ساختارهای شناختی بر بروز یک اختلال تأکید دارد، به نظر می‌رسد رویکرد مناسبی برای مداخله در خودکارآمدی^۵ و مشکلات بین فردی^۶ افراد وابسته باشد. همچنین کوتاه مدت بودن و بینش محور بودن این درمان می‌تواند مفید بودن این روش درمانی را افزایش دهد. افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته مانند سایر انواع اختلالات شخصیت، به دنبال درمان خود اختلال نیستند، بلکه ممکن است به دلیل مشکلاتی که از این اختلال در زندگی شان پیش آمده مراجعه نمایند. هدف عمده درمان اختلال شخصیت وابسته آن است که مراجع از انفعال خارج شده و مستقل شود و بتواند روابط سالمی برقرار نماید (سلیگمن و ریچنبرگ^۷، ۲۰۰۷).

1. Hepple, J.
2. Chanen, A; Henry, J; Louise, K; McCutcheon, M; Dudgeon et al.
3. Kellett, S.
4. Sperry, L.
5. Self-efficacy
6. Interpersonal Problems
7. Seligman, L., Reichenberg, L. W.

درمانهای کوتاه مدت در درمان این اختلال معمولاً اولویت داده می شود چرا که درمانی طولانی مدت ممکن است باعث وابستگی فرد به درمانگر شود (اسکدل و دیمتری^۱، ۲۰۰۶) پژوهشها نشان داده است که درمانهای گروهی اثر مطلوبی بر اختلال شخصیت وابسته داشته اند (کلت، ۲۰۱۲).

شیوع اختلال شخصیت وابسته را ۱۴ درصد از افراد دارای اختلال شخصیت و ۲/۵ درصد از کل جامعه تخمین زده اند و بروز اختلال شخصیت وابسته در زنان در مقایسه با مردان بیشتر است (اندلرو و کوفتسکی^۲، ۲۰۰۱). علیرغم اینکه شیوع اختلال شخصیت وابسته نسبت به سایر اختلالات شخصیت بالاتر است اما درمان این اختلال کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. با وجود شیوع اختلال شخصیت وابسته و با وجود اثرات این اختلال بر کیفیت زندگی و روابط خانوادگی و اجتماعی افراد مبتلا، مطالعات کنترل شده محدودی درباره اثر شیوه های درمانی بر بهبود نشانه ها آن وجود دارد (فیت^۳، ۲۰۰۹). عمده تلاشهای صورت گرفته برای درمان این اختلال با استفاده از رویکرد شناختی رفتاری بوده (پری^۴، ۲۰۰۵) که به دلیل مقاومت مبتلایان با این اختلال برای کنار گذاشتن الگوهای وابستگی شان و عدم بینش یابی عمیق در درمانهای شناختی-رفتاری، بررسی اثربخشی روشهای تازه تر و عمیق تر در درمان این اختلال ضروری به نظر می رسد. به همین منظور پژوهش حاضر در صدد پاسخ به این سوال است که آیا درمان شناختی-تحلیلی بر خودکارآمدی و مشکلات بین فردی افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته موثر است؟

روش

روش انجام پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه پژوهش حاضر را کلیه زنان ۱۹ تا ۴۰ ساله که در نیمه اول سال ۱۳۹۴ به مرکز

1. Eskedal, G. A., Demetri, J. M.
2. Endler, N. S., Kocovski, N. L.
3. Faith, C.
4. Perry, J.C.

مشاوره رودهن، دفتر مشاوره تنکابنی و دفتر مشاوره پژوهشگر مراجعه کرده و براساس آزمون میلیون ۳ مبتلا اختلال شخصیت وابسته بودند، تشکیل می دادند. تعداد این افراد ۶۹ نفر بود. از میان افراد جامعه تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروههای آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. ملاکهای ورود آزمونها عبارت بود از: دارای نمره ۷۴ و بالاتر در خرده آزمون اختلال شخصیت وابسته براساس آزمون میلیون (شریفی و همکاران، ۱۳۸۶)، جنسیت، تحصیلات حداقل دیپلم و دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال. سطح تحصیلی دیپلم با توجه به نیاز به سطح متوسط تحصیلی جهت درک و کاربرد تمرینهای درمانی و دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال نیز جهت اعمال روشها بر روی گروه بزرگسالان تعیین شد چرا که تشخیص اختلال شخصیت بعد از سن ۱۸ سالگی ممکن است. ملاکهای خروج از پژوهش نیز شامل بیماران روان پریش، بیماران مبتلا به اختلال خلقی، افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و دریافت روان درمانی با روش دیگر بود. افراد گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه درمان شناختی - تحلیلی به صورت گروهی قرار گرفتند در حالیکه گروه کنترل این مداخله را دریافت نکردند. هر دو گروه قبل و پس از اجرای مداخلات درمانی به وسیله آزمونها مورد نظر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

ابزار

الف) آزمون بالینی میلیون^۱: آزمون بالینی میلیون ۳ با ۱۷۵ گویه ی بله/خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا، استفاده می شود. این آزمون بر اساس مدل آسیب شناسی روانی ساخته شده است و دوبار از زمان انتشار آن، تجدید نظر شده است. نمره گذاری به روش کامپیوتری قابل انجام است. اگر نمرات نرخ پایه نشانگان بالینی شدید ۷۵ یا بالاتر باشد آزمونگر باید ابتدا به تفسیر مقیاسهای نشانگان شدید بالینی پردازد بعد سایر مقیاسهای نشانگان

1. Millon.

بالینی را تفسیر کند در صورتیکه نمرات بین ۷۴ و ۸۴ باشد آزمونگر میتواند نشانگان را با قید کلمه واجد مشخص کند (یعنی واجد برخی از ویژگی‌های آن اختلال است) وقتی نمرات، ۸۵ یا بالاتر است نشانگان را با قید کلمه تشخیص اول مشخص کنید (یعنی بیمار تمام ویژگی‌های آن اختلال را دارد). این آزمون یکی از پرکاربردترین آزمونهای روانی است که به چندین زبان دنیا ترجمه شده و در تحقیقات بین فرهنگی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است، از جمله در ایران، دوبار هنجاریابی شده است. برای هنجاریابی این پرسشنامه از نمره‌های نرخ پایه به جای نمره استاندارد استفاده شده است. در مورد پایایی آزمون میلیون پنج مجموعه داده وجود دارد که فاصله بازآزمایی در این مطالعات از ۵ روز تا ۶ ماه است. توان تشخیص کل در تمام مقیاسها از در دامنه ۵۸/۰ تا ۸۳/۰ قرار دارد که نشان می‌دهد این آزمون از روایی کافی برای تشخیص اختلالات شخصیت برخوردار است (شریفی، مولوی و نامداری، ۱۳۸۶). با توجه به اینکه در این پژوهش هدف تشخیص اختلال شخصیت وابسته بود، فقط از سوالات مربوط به سنجش این اختلال در آزمون میلیون استفاده شد.

مقیاس خودکارآمدی شرز: دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این مقیاس به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. بختیاری براتی (۱۳۷۶) برای سنجش روایی سازه‌ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات بدست آمده از این مقیاس را با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد که همبستگی پیش‌بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه‌های خصوصیات

شخصیتی، متوسط (۰/۶۱ و $P < 0.0001$) و در جهت تایید سازه مورد نظر بود. پایانی مقیاس خودکارآمدی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمده است (اصغر نژاد و همکاران، ۱۳۸۵). نمره بالاتر در این مقیاس بیان گرا حساس خودکارآمدی بالاتر آزمودنی است.

مقیاس مشکلات بین فردی: فرم ۳۲ سوالی مقیاس مشکلات بین فردی، یک ابزار خود گزارش دهی است که گویه‌های آن در رابطه با مشکلاتی است که افراد به طور معمول در روابط بین فردی تجربه می‌کنند. این فرم توسط بارخام و همکاران^۱ به عنوان یک نسخه کوتاه از فرم اصلی (فرم ۱۲۷ سوالی) به منظور استفاده از این ابزار در خدمات بالینی طراحی شد. این مقیاس دارای ۶ زیرمقیاس است که عبارتند از: صراحت و مردم آمیزی، گشودگی، حمایت گری و مشارکت، پرخاشگری، در نظر گرفتن دیگران و وابستگی به دیگران. فتح و همکاران (۱۳۹۲) روایی و پایایی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار دادند. نتایج مطالعه آنها نشان داد ضریب تنصیف برای عوامل صراحت و مردم آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت گری و مشارکت و وابستگی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۰، ۰/۶۱، ۰/۸۸، ۰/۷۷، ۰/۶۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۳ بود. نتایج حاکی از پایایی مطلوب مقیاس مشکلات بین فردی در پژوهش آزاد فلاح (۱۳۹۸)؛ به نقل از فتح و همکاران، (۱۳۹۲) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل صراحت و مردم آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت گری و مشارکت و وابستگی به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۶۳، ۰/۶۰، ۰/۸۳، ۰/۷۱، ۰/۶۳ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ محاسبه شد. جهت بررسی روایی این پرسشنامه بارشنامه، همبستگی آن با پرسشنامه الکسی تیمیا مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بیانگر همبستگی مثبت و معنادار ($p < 0/05$) بود. وجود رابطه مثبت بین خرده مقیاسهای پرسشنامه مشکلات بین فردی و الکسی تیمیا بیانگر روایی پرسشنامه مشکلات بین فردی است (فتح و همکاران، ۱۳۹۲)

1. Barkham et al.

روند اجرای پژوهش

در این پژوهش افراد گروه نمونه که براساس آزمون میلون به عنوان افراد مبتلا به شخصیت وابسته تشخیص داده شده و حائز سایر ملاکهای ورود بودند، به صورت تصادفی در دو گروه گمارده شدند. گروه آزمایش در معرض ۱۰ جلسه گروه درمانی شناختی-تحلیلی و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. پیش از انجام مداخلات و یک ماه بعد از انجام مداخلات هر دو گروه به وسیله آزمون‌های مذکور، مورد ارزیابی قرار گرفتند. در نهایت نتایج به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت تا تفاوت‌های بین گروهها و میزان اثربخشی هر یک از مداخلات مشخص شود. پیش از اجرای مداخلات، پیش آزمون بر روی افراد گروه کنترل و آزمایش از طریق پرسشنامه‌های مذکور اجرا شده و شرایط گروه، اهداف افراد از شرکت در گروه و منطق و فرآیند گروه توسط پژوهشگر شرح داده شد. پس از انجام پیش آزمون اجرای متغیر مستقل بر روی گروه آزمایش آغاز گردید. افراد گروه آزمایش در دفتر شخصی پژوهشگر جلسات درمانی را تشکیل می‌دادند. این جلسات به وسیله محقق و یک همکار، برگزار می‌شد. تعداد جلسات درمانی ۱۰ جلسه بود و بعد از آن پس آزمون بر روی گروه آزمایش اجرا شد. گروهها با ۱۵ نفر تشکیل شد اما در ادامه ریزش داشته و از هر گروه ۳ نفر جلسات را به پایان نرساندند. پس آزمون گروه کنترل پس از هماهنگی با افراد گروه کنترل در طی جلسه‌ای گروهی اجرا شد. از بین افرادی گروه کنترل که در پیش آزمون شرکت کرده بودند تعداد ۲ نفر در جلسه پس آزمون شرکت نکردند و ۱ نفر پرسشنامه مخدوش و غیر قابل نمره گذاری ارائه کرد. یک ماه بعد در تاریخ ۲۸ بهمن با اجرای مجدد آزمون‌ها روی افراد گروه کنترل و آزمایش پیگیری تغییرات انجام شد. محتوای جلسات براساس پروتکل پیشنهادی رایبل و کر^۱ (۲۰۰۲) که در کتاب "مقدمه‌ای بر درمان تحلیلی-شناختی" مطرح شده است طراحی و پس از تأیید متخصصان در این زمینه، اجرا شد. خلاصه‌ای از شرح جلسات در جدول ۱ آمده است:

1. Ryle, A. & Kerr. I.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان تحلیلی شناختی انجام شده در گروه مورد مطالعه

محتوای جلسات
<p>جلسه اول</p> <p>ایجاد ارتباط اولیه، جلب اعتماد و همکاری اعضای گروه آشنایی اعضای با یکدیگر و کاهش تنش گروهی ارائه منطبق درمان و آشنایی با شیوه کار گروهی و مقررات آن بررسی پیشنهادات اعضا برای افزایش بازده آموزش توافق بر سر ساعت و زمان برگزاری جلسات</p>
<p>جلسه دوم</p> <p>ایجاد یکپارچگی درمان. در این فرآیند، رویدادهای گذشته به آن چیزی است که اکنون در حال روی دادن است ربط داده شد. درمانگر می‌کوشید تا مراجعان فرآیند درمان را با ارزش تلقی کرده و انگیزه کافی برای ادامه جلسات و آغاز تغییرات را ایجاد کند. بررسی تاریخچه مراجعان. شرح ساختار و عملکرد درمان تحلیلی شناختی؛ پس از بررسی رویدادهای گذشته، فرمول بندی درمان شناختی - تحلیلی مطرح شد. اینکه چگونه رویدادهای گذشته و ارتباطات اولیه ما می‌تواند بر رفتار کنونی ما اثرگذار باشد و به گونه‌ای رفتار ما را دچار اختلال کند.</p>
<p>جلسه سوم</p> <p>ادامه بررسی تاریخچه زندگی مراجعان. تهیه فهرست مشکلات مهمی که مراجعان تجربه کرده اند. ارائه تکلیف مبنی بر ثبت رفتارهای ویژه و مشکل آفرین و احساساتی که آن‌ها را راه اندازی می‌کند.</p>
<p>جلسه چهارم</p> <p>ایجاد تصویری از چرخه‌های غیرانطباقی و تکراری افکار و رفتار مراجع. شرح اینکه چگونه افکار مجرب رفتار شده و رفتارها نیز ممکن است افکار قبلی را تأیید کنند. آمادگی برای نوشتن نامه بازتدوین. نامه بازتدوین با شرحی از تاریخچه مراجع آغاز می‌شود و این هدف را دنبال می‌کند که منشا و ریشه الگوهای رفتاری ناهنجار و معیوب را شناسایی کند. در نامه بازتدوین از مراجع خواسته می‌شود تا فرآیند شکل‌گیری رفتار مشکل آفرین را بنویسد.</p>
<p>جلسه پنجم</p> <p>بررسی اثرات متقابل افکار، احساس و رفتار بررسی دلایل ایجاد احساسها، و رفتارهای ناکارآمد بررسی روشهای ممکن برای مدیریت افکار، احساسها و رفتار ارائه تکلیف مبنی بر ثبت افکار، احساسها و رفتار به صورت روزانه</p>

محتوای جلسات
<p style="text-align: center;">جلسه ششم</p> <p>بررسی تکالیف ارائه شده در جلسه قبل</p> <p>کشف تله ها. تله‌ها الگوهای رفتاری یا تفکر هستند که مشکلات را به جای حل کردن سخت‌تر و پیچیده‌تر کرده و سیکل معیوبی را ایجاد می‌کنند. در تلاش برای داشتن احساس بهتر مراجع دسبه به رفتار یا تفکری می‌زند که حال بد او را تشدید می‌کند. کشف این الگوهای رفتاری و تفکر، کشف تله‌ها نامیده می‌شود.</p> <p>بررسی و کار بر روی کشف بهترین پاسخها. پس از کشف تله‌ها بررسی افکار و رفتار جایگزین انجام می‌شود</p> <p>ارائه تکلیف مبنی بر ثبت و نظارت تله‌ها به صورت روزانه و تلاش برای کشف بهترین پاسخها</p>
<p style="text-align: center;">جلسه هفتم</p> <p>بررسی تمرینها و تکالیف مربوط به جلسه قبل</p> <p>بحث و بررسی معماها و انتخاب روشها و رفتارهای مشکل آفرین. معماها به معنای رفتارهایی هستند که با وجود ناخوشایندی و آسیب زا بودن شان و آگاهی مراجع از آنها، به تکرارشان ادامه می‌دهد چرا که می‌ترسد رفتار جایگزین پیامد منفی تری داشته باشد. به همین دلیل ترجیح می‌دهد که رفتارهای محدود را تکرار کرده و تغییری در آنها ایجاد نکند.</p> <p>بررسی انتخابهای گذشته و پیامدهای آن</p> <p>بررسی دلایل تکرار رفتارهای غیر مفید و عدم جایگزینی شیوه‌ها کارآمد تر</p> <p>ارائه تکلیف مبنی بر ثبت و نظارت بر معماها و راههای حل آنها تا جلسه آتی</p>
<p style="text-align: center;">جلسه هشتم</p> <p>بررسی تمرینها و تکالیف مربوط به جلسه قبل</p> <p>تعریف موانع تغییر در زندگی. موانع تغییر با عباراتی نظیر "من می‌خواهم زندگی بهتری داشته باشم اما..." مشخص می‌شود. گاهی این موانع توسط افراد مهم زندگی ایجاد می‌شود که مایل به تغییر در فرد نیستند و گاهی ناشی از نگرانی‌ها و اضطرابهای خود فرد است. در این جلسه تلاش شد تا این موانع از طریق بررسی تجربه‌های گذشته فرد جست و جو و کشف شوند.</p> <p>کشف موانع موجود برای تغییر شیوه زندگی بر اساس تجربیات گذشته</p> <p>بررسی نگرانی‌ها درباره پیامدهای رفتار جدید</p> <p>ارائه تکلیف مبنی بر ثبت و نظارت بر موانع و راههای برطرف کردن آنها تا جلسه آتی</p>
<p style="text-align: center;">جلسه نهم</p> <p>بررسی تمرینها و تکالیف مربوط به جلسه قبل</p> <p>بررسی میزان تغییر حالت‌های ذهن. همه افراد تغییر در احساس شان را تجربه می‌کنند اما گاهی این تغییرات شدید، ناگهانی و گیج‌کننده است. بررسی این حالتها می‌تواند در مواقع حساس کمک‌کننده باشد و به مدیریت تغییر</p>

محتوای جلسات
<p>حالت‌های ذهن کمک کند. در این جلسه به بررسی میزان تغییرات، تغییرات بهنجار و روش‌های مدیریت تغییرات شدید پرداخته شد.</p> <p>ارزیابی بهنجاری تغییر حالت‌های ذهن</p> <p>بررسی دلایل تغییرات ناگهانی و متغیر حالت‌های ذهن</p> <p>بررسی راهبردهای مدیریت حالت‌های متغیر ذهن</p> <p>ارائه تکلیف مبنی بر ثبت و نظارت بر حالت‌های ذهنی و شیوه‌های مدیریت آنها تا جلسه آتی</p>
<p>جلسه دهم</p> <p>بررسی تکالیف جلسه قبل</p> <p>بررسی و مرور جلسات گذشته و خلاصه آموخته‌های جلسات قبلی</p> <p>بررسی پیشرفت‌ها و میزان دست‌یابی به اهداف درمانی</p> <p>بررسی چشم‌انداز مراجعان نسبت به آینده</p> <p>نوشتن نامه خداحافظی. در نامه خداحافظی آن چه در طول مدت درمان تجربه شده و پیشرفت‌های به دست آمده، آن چه ممکن است در آینده روی دهد و روش‌های مواجهه با آنها بررسی شد.</p>

یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیر خودکارآمدی در دو گروه آزمایش و کنترل و در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده است. در میانگین گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد اما تفاوت محسوسی در گروه کنترل مشاهده نمی‌شود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی و بررسی توزیع نرمال بر اساس آزمون کالموگروف-اسمیرنوف به تفکیک گروه

گروه	متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	ارزش Z	سطح معنی داری
کنترل	خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۳۶/۷۵	۳/۶۴۶	۰/۶۲۹	۰/۸۲۴
		پس‌آزمون	۳۷/۵	۴/۱۸۹	۰/۴۸۵	۰/۹۷۳
		پیگیری	۳۷/۵	۳	۰/۶۶۳	۰/۷۷۱
	مشکلات بین فردی	پیش‌آزمون	۱۰۷/۰۸	۵/۲۶۵	۰/۸۸۸	۰/۴۱

گروه	متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	ارزش Z	سطح معنی داری
		پس آزمون	۱۰۷/۵۸	۵/۰۳۵	۰/۶۷۹	۰/۷۴۶
		پیگیری	۱۰۷/۴۲	۵/۱۴۳	۰/۴۰۱	۰/۹۹۷
آزمایش	خودکارآمدی	پیش آزمون	۳۶/۱۷	۴/۱۷۴	۰/۵۶۷	۰/۹۰۵
		پس آزمون	۴۰/۵	۳/۵۰۳	۱/۱۵۱	۰/۱۴۱
		پیگیری	۴۰/۱۷	۳/۴۶	۰/۹۳۳	۰/۳۴۹
	مشکلات بین فردی	پیش آزمون	۱۰۷/۵۸	۴/۴۸۱	۰/۴۶۸	۰/۹۸۱
		پس آزمون	۱۰۰/۸۳	۵/۷۶۶	۰/۵۳۷	۰/۹۳۵
		پیگیری	۱۰۱/۰۸	۵/۱۰۷	۰/۶۴۸	۰/۷۹۵

به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی (CAT) بر خودکارآمدی و مشکلات بین فردی زنان دارای اختلال شخصیت وابسته از تحلیل کوواریانس چند متغییری استفاده شد. اما قبل از انجام این تحلیل مفروضه‌های با اهمیت این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۲ مشاهده می‌شود طرح آزمایشی شامل سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و مطالعه پیگیری بوده است و مقادیر میانگین‌ها به تفکیک گروه قابل رویت است. ارزش Z در این جدول شاخص آزمون کالموگروف-اسمیرنوف است که به همراه معنی داری اش گزارش شده است. با توجه به مقادیر گزارش شده در جدول مشخص می‌شود که تمامی سطوح معنی دار گزارش شده بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشند که این امر نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن برای تمام نمرات برقرار است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک برای تحلیل و فرضیه آزمایی استفاده نمود.

همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که شاخص ام باکس به لحاظ آماری معنادار نیست ($p < 0/242$, $f = 1/26$, $box = 15/85$). به عبارت دیگر مفروضه همگنی

ماتریس واریانس کوواریانس برقرار می‌باشد. مفروضه بعدی شرط همبستگی بین متغیرها است که با آزمون بارتلت مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون بارتلت نیز نشان داد که این شخص معنی دار است ($ML=0/000$, $p>0/039$, $\chi^2=17/713$) به این معنی که مفروضه همبستگی بین متغیرها برقرار است. در ادامه مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون انجام گرفت. برای اثبات همگنی شیب رگرسیون باید مقدار F تعامل بین متغیر همپراش (در اینجا پیش آزمون) و مستقل را محاسبه کرد و اگر این شاخص معنادار نباشد پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون رعایت شده است. نتایج نشان داد که این مفروضه برای داده‌های این پژوهش در مرحله آزمایش خودکارآمدی ($p>0/664$), ($f=0/194$), پیگیری خودکارآمدی ($p>2/074$, $f=0/456$) آزمایش مشکلات بین فردی ($p>0/578$, $f=0/456$) و آزمایش بین فردی ($p>0/036$, $f=0/851$) و مطالعه پیگیری برقرار است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری اثر بخشی گروه درمانی شناختی - تحلیلی

منابع تغییر	لامبدای ویلکز	F ارزش	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری	حجم اثر
پیش آزمون خود کارآمدی	0/758	13/326	4	17	0/000	0/758
پیش آزمون مشکلات بین فردی	0/137	26/663	4	17	0/000	0/863
گروه	0/53	3/746	4	17	0/023	0/47

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان می‌دهد گروه درمانی شناختی - تحلیلی تأثیر معنی داری بر خودکارآمدی و مشکلات بین فردی داشته است ($p>0/023$), نتایج بررسی پیش آزمون‌ها به عنوان همپراش نشان می‌دهد که آنها در فرایند عمل آزمایشی تأثیر معنی داری داشته است. در ادامه به منظور بررسی دقیقتر چگونگی مداخله نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری نیز گزارش شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری اثربخشی گروه درمانی شناختی - تحلیلی

مرحله	متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F ارزش	معنی داری	حجم اثر
پس آزمون	خودکارآمدی	بین گروهی	۵۳/۶۶۹	۱	۵۳/۶۶۹	۹/۶۵۲	۰/۰۰۶	۰/۳۲۶
		خطا	۱۱۱/۲۰۴	۲۰	۵/۵۶			
	مشکلات بین فردی	بین گروهی	۳۷/۱۱۹	۱	۳۷/۱۱۹	۱۰/۰۵۰۴	۰/۰۰۵	۰/۳۳۵
		خطا	۷۳/۸۳۷	۲۰	۳/۶۹۲			
پیگیری	خودکارآمدی	بین گروهی	۸۴/۷۲۱	۱	۸۴/۷۲۱	۵/۷۶۵	۰/۰۲۶	۰/۲۲۴
		خطا	۲۹۳/۹۳	۲۰	۱۴/۶۹۷			
	مشکلات بین فردی	بین گروهی	۱/۱۹۷	۱	۱/۱۹۷	۰/۲۱۹	۰/۶۴۵	۰/۰۱۱
		خطا	۱۰۹/۴۵۴	۲۰	۵/۴۷۳			

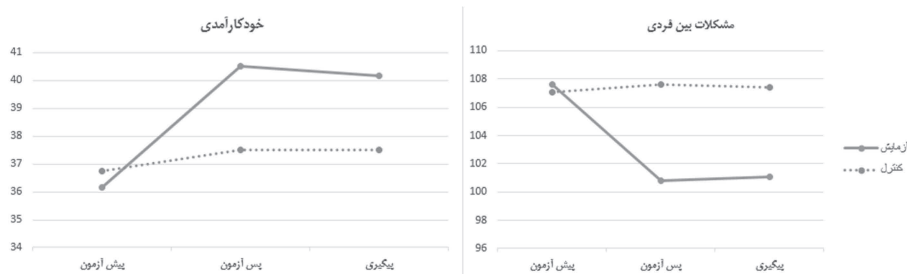
بر اساس نتایج جدول ۵ می‌توان بیان نمود که اثربخشی درمان بر خودکارآمدی در مرحله پس آزمون ($f=۹/۶۵۲, p<۰/۰۰۶$) و پیگیری ($f=۵/۷۶۵, p<۰/۰۲۶$) معنی دار است. اثربخشی درمان بر مشکلات بین فردی در مرحله پس آزمون ($p<۰/۰۰۵$)، غیر معنی دار است اما در مرحله مطالعات پیگیری تفاوت گروه آزمایش با کنترل ($f=۱۰/۰۵۴$) معنی دار است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی که در جدول ۷ گزارش شده است نیز این نتایج را تایید نمود.

جدول ۵. میانگین‌های تعدیل شده و نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی

مرحله	متغیر	میانگین کنترل	میانگین آزمایش	تفاوت میانگین ها	معنی داری
پس آزمون	خودکارآمدی	۴۰/۸۰	۳۷/۲۰	* ۳/۶۰۷	۰/۰۰۶
	مشکلات بین فردی	۱۰۹/۶۰	۱۰۵/۰۷	* ۳/۰۰۰	۰/۰۰۵
پیگیری	خودکارآمدی	۴۰/۳۳	۳۷/۳۳	* ۴/۵۳۲	۰/۰۲۶
	مشکلات بین فردی	۱۰۳/۹۸	۱۰۴/۵۲	-۰/۵۳۹	۰/۶۴۵

با هدف نمایش تصویری فرایند پژوهش شکل ۱ و ۲ ترسیم و گزارش شده است.

شکل‌های ۱ و ۲. نمودار روند تغییرات نمرات مشکلات بین فردی و خودکارآمدی به تفکیک گروه نمونه



در داده‌های مربوط خودکارآمدی مشاهده می‌شود در نقطه شروع پژوهش هر دو گروه آزمایش و کنترل در یک نقطه قرار دارند. در مرحله پس از موعن خودکارآمدی گروه آزمایش رشد قابل توجه‌ای نشان داد ولی گروه کنترل روند ثابتی داشته است. در مطالعات پیگیری نمرات خودکارآمدی تاحدی افت نشان داد ولی معنی داری خود را حفظ نمود. در داده‌های مشکلات بین فردی نیز همین فرایند طی شده است با این تفاوت که افت در مطالعات پیگیری تفاوت گروه کنترل و آزمایش معنی دار نشد. میانگین‌های تعدیل شده در جدول ۷ تفاوت واقعی بین نمرات گروه کنترل و آزمایش را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی - تحلیلی بر خودکارآمدی و مشکلات بین فردی زنان مبتلا به اختلال شخصیت وابسته بود. نتایج به دست آمده نشان داد گروه زنان وابسته‌ای که در معرض ۱۰ جلسه درمان شناختی - تحلیلی قرار گرفتند در مقایسه با گروهی که این درمان را دریافت نکردند تغییر معناداری در خودکارآمدی و مشکلات بین فردی نشان دادند به طوری که میزان خودکارآمدی آنها در پایان دوره درمان افزایش یافته مشکلات بین فردی آنها کاهش یافته بود. پژوهش‌های اندکی در ارتباط با اثر درمان شناختی - تحلیلی بر متغیرهای مذکور در افراد مبتلا به اختلال

شخصیت وابسته انجام شده است. با اینحال نتایج پژوهش حاضر با برخی پژوهش‌های مشابه مقایسه و بررسی می‌شود.

در پژوهشی رایلی و گولینکینا^۱ (۲۰۱۰) به بررسی تأثیر درمان شناختی - تحلیلی بر بهبود اختلال شخصیت مرزی^۲ پرداختند. ارزیابی‌ها ۶ ماه بعد از اتمام دوره درمان، این آزمودنی‌ها را در دو دسته بهبود یافته و بهبود نیافته دسته بندی کرد. گروه بهبود یافته بعد از دوره درمان ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی را نشان ندادند. در پژوهشی دیگر کلت و هاردی (۲۰۱۴) به بررسی تأثیر درمان شناختی تحلیلی (CAT) در افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانویبی پرداختند. نتایج نشان داد که ۵ نفر از ۶ بیمار مبتلا به اختلال شخصیت پارانویبی در طول دوره درمان تغییراتی را گزارش کردند. آنها این تغییرات را به درمان نسبت می‌دادند. یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌کند که CAT می‌تواند مداخله موثری برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت پارانویبی باشد. یافته‌های پژوهش مذکور با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد اما به دلیل تفاوت در نوع اختلال شخصیت این مقایسه باید با احتیاط صورت گیرد. در ارزیابی و فهم بالینی موارد دچار اختلال شخصیت وابسته، دو برداشت ذهنی را می‌توان به صورت نمایان یا پنهان دریافت: نخست ناتوانی، بی کفایتی و درماندگی مراجع و دوم خطرناکی و نا امنی دنیا. از این رو فرد بدین اندیشه می‌افتد که پشتیبانی توانا، استوار و نیرومند برای خود بیابد که او را در چنان وضعیت ناخوشایندی یاری رسانده و از مهلکه‌ها رهایی بخشد (برنشتاین، ۲۰۰۶) با در نظر گرفتن خودکارآمدی که به عنوان باور فرد به توانمندی‌ها جهت کنترل افکار، احساسات و رفتار و در نتیجه اثرگذاری بر دوره‌های عملکردی خود برای مدیریت شرایط تعریف می‌شود، می‌توان اظهار داشت که این ویژگی در افراد دارای اختلال شخصیت وابسته دچار اختلال است. از آنجاکه درمان تحلیلی شناختی ساختارهای شخصیتی و سازه‌های شناختی افراد را مورد مداخله قرار می‌دهد، می‌تواند باور افراد مبتلا به اختلال

1. Ryle, A., Golyunkina, K
2. bipolar personality disorder

شخصیت وابسته مبنی بر اینکه بدون حضور دیگران قادر به انجام امور زندگی نیستند و بدون حمایت دیگران موفقیت و رشد در زندگی برایشان دور از دسترس خواهد بود را به چالش کشیده و تغییراتی در آن ایجاد کنند.

مرور تحقیقات انجام شده با استفاده از درمان شناختی تحلیلی نشان داد که پژوهشی که به طور مستقل به اثربخشی این روش درمان بر مشکلات بین فردی افراد پیردازد انجام شده است. با اینحال برخی پژوهشهای مرتبط در این زمینه وجود دارد. در پژوهشی کاظمی و همکاران (۱۳۹۰) به مقایسه میزان اثربخشی روان درمانگری شناختی - تحلیلی همراه با دارودرمانگری، روان درمانگری شناختی همراه با دارودرمانگری و دارودرمانگری به تنهایی در کاهش بی ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی ثباتی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی نوع دو پرداختند. در این مطالعه، سه گروه ۱۶ نفری از مراجعه کنندگان به مراکز درمانی انتخاب شده و به طور تصادفی به سه گروه آزمایشی روان درمانگری شناختی - تحلیلی همراه با دارودرمانگری، روان درمانگری شناختی همراه با دارودرمانگری و دارودرمانگری بدون مداخله روان شناختی گمارده شدند. یافته‌ها نشان داد در متغیر دام‌ها، دوره‌های‌ها و موانع در گروه روان درمانگری شناختی - تحلیلی همراه با دارودرمانگری کاهش معناداری نسبت به گروه شناخت درمانی همراه با دارودرمانگری و گروه دارودرمانگری به تنهایی مشاهده شد. در گروه شناخت درمانی همراه با دارو درمانگری این کاهش نسبت به گروه دارودرمانگری به تنهایی معنادار بود و کاهش معناداری در گروه دارودرمانگری به تنهایی مشاهده نشد. نتایج نشان می‌دهد اثربخشی روان درمانگری شناختی - تحلیلی در کاهش الگوی ناسازگارانه دام‌ها، دوره‌های‌ها و موانع در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی دو، بیش از شناخت درمانی همراه با دارودرمانگری و دارودرمانگری به تنهایی می‌باشد و به دنبال آن انتظار می‌رود که کاهش معناداری در سطح بی ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی ثباتی اجتماعی در این گروه مشاهده شود. ولی این کاهش معنادار در گروهی که تنها دارودرمانگری را دریافت نمودند، مشاهده نشد. از آنجا که تکانشگری، بی ثباتی هیجانی و بی ثباتی اجتماعی نیز

از مولفه‌های مسائل بین فردی هستند، می‌توان نتایج پژوهش مومنی و همکاران را همسو با نتایج پژوهش حاضر دانست. با اینحال با توجه به تفاوت در گروه نمونه و همچنین مولفه‌های مورد بررسی این مقایسه باید با احتیاط صورت گیرد.

مراجعه به مفاهیم نظری درمان تحلیلی شناختی می‌تواند در تبیین نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر موثر باشد. رایبل (۲۰۰۲) گزارش دادن که نقش‌های کلیدی در تعامل‌های کودکی و ویژگی‌های آنها در شکل‌گیری شخصیت و الگوهای تعاملی سهم اساسی دارند. این الگوها که در CAT فرایند نقش متقابل نامیده می‌شوند، تعیین‌کننده راه‌های ارتباطی با دیگران و مدیریت شخصی هستند. در بیماران با اختلال شخصیت، این نیازهای معمول در کودکی یاد گرفته نشده و این بیماران یاد گرفته‌اند که منتظر و پذیرای موارد سوء استفاده شخصی باشند و دائماً در تعارض بین خود و دیگران هستند.

هدف CAT فهم و اصلاح الگوهای مزمن و محدود هیجانات، بازداری‌ها و خواسته‌ها برای پیدا کردن الگوهای هیجانی اصلی و مهم در ارتباط شخص با دیگران و پیوند آنها با مشکلات در حال حاضر درمان‌جو و اختلالات آشکار است. این الگوها هم از والدین و هم از تعاملات اجتماعی مشتق می‌شود. تصویب یک نقش، خواه رفتار آشکار باشد یا رفتار درونی، همیشه انتظار برای فراخواندن واکنش متقابل را تداعی می‌کند. شیوه نقش متقابل نشان می‌دهد که پیامد درونی سازی‌های اولیه، نشانه‌های میانی و تجارب بین فردی پایه‌ای برای همه فعالیت‌های روانی است. قوانین ناسازگارانه نقش متقابل تولید شده به وسیله فشارهای بین فردی اولیه، یک هیجان درونی تشکیل می‌دهند که توصیف مشترک این فرایند نقش متقابل و قوانین آنها و تجدید نظر متوالی آنها مرکز تمرین CAT است که همه این‌ها در مدل CAT به صورت بازتدوین نوشتاری و نموداری نقشه‌بندی می‌شود و از این طریق می‌تواند به کاهش مشکلات بین فردی افراد کمک شایانی نماید (کر، ۲۰۰۱).

این پژوهش صرفاً یک مطالعه مقطعی بوده و اثرروش‌های مداخله رادریک دوره زمان محدود بررسی قرار داده است. محدودیت در حجم نمونه نیز ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه کند. در این پژوهش خودکارآمدی و مشکلات بین فردی افراد مبتلا به اختلال شخصیت وابسته آماج درمان بود. با اینحال بررسی سایر متغیرهای مربوط به این اختلال نظیر جرأت‌ورزی، سلطه‌طلب، خودانیختگی، روابط زناشویی و... از متغیرهایی هستند که می‌توانند در پژوهش‌های بعدی مورد بررسی و مطالعه قرار گیرند. نتایج این پژوهش حکایت از اثرگذاری درمان تحلیلی شناختی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر خودکارآمدی و مشکلات بین فردی افراد دارای اختلال شخصیت وابسته دارد. کاربرد پروتکل‌های درمانی مورد استفاده در این پژوهش علاوه بر اینکه اثرگذاری و درمان موثر را پیش‌بینی می‌کند، در وقت و هزینه مراجعان نیز صرفه‌جویی می‌کند چراکه روان‌شناسان و مشاوران با اطمینان از اثربخشی درمان‌های مذکور زمان را صرف آزمون و خطا نکرده و فرآیند تغییر را در زمان کوتاه‌تری دنبال می‌کنند.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۵). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی *DSM-5*. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۴). تهران: ارسباران
- ابراهیمی مقدم، ح. و محمودی، ا. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی با مولفه‌های بهداشت روان در بین دانشجویان. *فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش‌های مشاوره*. ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۶۳): ۶۷-۸۰
- ابوالقاسمی، ع. و جعفری، ح. (۱۳۹۱). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پرخوری عصبی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۲ (۱۴)، ص ۳۷-۲۹.
- اصغرنژاد، ط.؛ ده قطب‌الدینی، م.؛ فرزاد، و. و خداپناهی، م. (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی مقاس خودکارآمدی شرر. *روان‌شناسی*، (۱۰) ۳: ۵۹-۴۶
- افخم ابراهیمی، ع. (۱۳۸۱). معرفی درمان تحلیلی شناختی. مجموعه مقالات دومین کنگره سراسری درمان‌های غیردارویی روانپزشکی (ص ۳۵-۲۹). ۵-۳ اسفند ۱۳۸۱، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران.
- شریفی، ع.؛ مولوی، ح. و نامداری، ک. (۱۳۸۶). روایی تشخیصی آزمون بالینی چند محوری میلون-۳. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۳۴: ۳۸-۲۷

- فتح، ن.؛ رسول زاده طباطبایی، ک. و رحیمی، چ (۱۳۹۲). اعتبار و روایی سیاهه مشکلات بین فردی. *روان‌شناسی بالینی*، ۳ (۱۵): ۸۱-۶۹
- کاظمی، ح.؛ رسول زاده طباطبایی، ک.؛ دژکام، م.؛ آزادفلاح، پ. و مومنی، خ (۱۳۹۰). اثربخشی روان درمانگری شناختی - تحلیلی، روان درمانگری شناختی و دارودرمانگری در کاهش بی ثباتی هیجانی، رفتار تکانشگری و بی ثباتی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی II. *مجله علوم رفتاری*، ۵ (۲)، ص ۹۹-۹۱.
- نجفی، م.؛ بیطرف، م.؛ محمدی فر، م. و زارعی مته کلایی، ا. (۱۳۹۴). مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت ضد اجتماعی و مرزی در زنان متقاضی طلاق و زنان عادی. *فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش‌های مشاوره*. ۱۳۹۴؛ ۱۴ (۵۵): ۹۹-۱۱۳
- Barkham M, Hardy GE, Startup M. (1996). The IIP- 32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *Br J Clin Psychol* 35 (1): 21-35.
- Bornstein R.F (2006). The complex relationship between dependency and domestic violence: converging psychological factors and social forces. *Am Psychol* 2006;61 (6): 595-606.
- Bornstein, R. F. (1996). Dependency. In C. G. Costello (Ed.), *Personality Characteristics of the Personality Disordered* (pp. 120-145). *New York: John Wiley & Sons, Inc.*
- Chanen ,A M., Henry, J., Jackson Louise, K., McCutcheon, M., Dudgeon, P., Yuen, H., Nistico, D., McDougall, E., (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* , 193 (6) 477-484
- Crawford, TN., Cohen, P., Johnson, jG., Sneed joel, R., Brook, j (2004). The course and Psychosocial correlates of personality disorder symptoms in adolescence: Erikson’s developmental theory revisited. *J Youth Adolesc.* 2004, 33: 373-387.
- Endler, N. S., Kocovski, N. L. (2002). Personality disorders at the crossroads. *Journal of Personality Disorders*, 16, 487-502
- Eskedal, G. A., Demetri, J. M. (2006). Etiology and treatment of cluster C personality disorders. *Journal of Mental Health Counseling*, 28, 1-18.
- Faith, C. (2009). Dependent Personality Disorder: A Review of Etiology and Treatment. *Graduate Journal of Counseling Psychology* 1 (2), 45-57
- Fossati, A., Beauchaine, T. P., Grazioli, F., Borroni, S., Carretta, I., De Vecchi, C., Cortinovis, F., Danelli, E., & Maffei, C. (2006). Confirmatory factor analyses of DSM-IV cluster C personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 20, 186-203.
- Gude, T., Hoffart, A., Hedley, L., & Ro, O. (2004). The dimensionality of dependent personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18: 604-610.
- Hepple, J. (2004). Psychotherapies with older people: an overview. *Advances in psychiatric treatment*. 10: 371- 377.

- James , O (1994). The Dependent Personality and Interpersonal Problems. *Journal of Nervous & Mental Disease*: January 1996 - Volume 184 - Issue 1 - pp 8-16
- Kellett, S (2012). *Cognitive Analytic Therapy the SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy*. Sage. Ch.
- Kellett, S; Hardy, G (2014). Treatment of Paranoid Personality Disorder with Cognitive Analytic Therapy: A Mixed Methods Single Case Experimental Design .*Article first published online: 3 JUN 2013 DOI: 10.1002/cpp.1845*
- Kerr, I. (2001). Brief cognitive analytic therapy for post-acute manic psychosis on a psychiatric intensive care unit Article first published online: 17 APR 2001 DOI: 10.1002/cpp.251
- Loranger, A. W. (1996). Dependent personality disorder: Age, sex, and axis-I comorbidity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 17-21.
- Perry, J. C. (2005). *Dependent personality disorder*. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.), *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford, NY: Oxford University Press Inc
- Ryle, A. & Kerr. I (2002). *Introducing Cognitive Analytic Therapy*. London; John Wiley & Sons Ltd.
- Ryle, A., Golyenkina, K (2010). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: Factors associated with outcome Article first published online: 16 DEC 2010 DOI: 10.1348/000711200160426
- Ryle, A. (2002). Personality disorder. *The British journal of psychiatry*, 181, 76-77.
- Seligman, L., Reichenberg, L. W. (2007). *Personality disorders. In selecting effective treatments: A comprehensive, systematic guide to treating mental disorders*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sherer, Mark (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation. *Psychological Reports* 51 (2): 663-671
- Sperry, L. (2003). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders (2nd ed.)*. New York: Brunner-Routledge.

بررسی عوامل تأثیرگذار اقتصادی و ساختار خانواده بر اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه کودکان

نسرين محمودی^۱، رقيه موسوی^۲

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۰۵

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی عوامل تأثیرگذار اقتصادی و خانوادگی بر نشانه‌های بیش‌فعالی و نقص توجه کودکان سنین ۶-۱۱ سال بود.

روش: در این مطالعه کیفی از ۱۳ مادر دارای کودک مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، مصاحبه نیمه ساختاریافته به عمل آمد و سپس متن مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش منجر به شناسایی دو مقوله اصلی (وضعیت اقتصادی خانواده، ساختار خانواده) و چهار مقوله فرعی (مشکلات مالی، ویژگی‌های منزل مسکونی، سطح آگاهی والدین و حضانت) شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد، خانواده کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه دارای درآمد پایین، داشتن سوابق بیکاری، فضای ناکافی منزل مسکونی، نداشتن اتاق اختصاصی کودک، سطح تحصیلات پایین، نداشتن آگاهی کافی درباره اختلال کودک و تک‌والدی/چندوالدی بودن کودک بودند. و این عوامل احتمالاً موجب افزایش نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی می‌شود.

پیشنهاد می‌شود درمانگران در درمان کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی/نقص توجه به عوامل استرس‌آور مانند شرایط اقتصادی و خانوادگی توجه نمایند.

واژه‌های کلیدی: اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه، شرایط اقتصادی، شرایط خانوادگی.

Email: nasrin.mahmoudi20@gmail.com

۱. دکترای روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی.

۲. نویسنده مسئول (دکترای تخصصی، عضو هیات علمی دانشگاه شاهد، تهران، ایران).

Email: mousavi@shahed.ac.ir

مقدمه

اختلال نارسایی توجه و بیش‌فعالی^۱ از اختلال‌های رایج دوران کودکی است که وجه مشخصه آن الگوی پایدار و ثابت از نارسایی توجه و تکانشگری است که فروان‌ترو شدیدتر از آنچه در کودکان بهنجار دیده می‌شود، بروز پیدا کرده و با توجه به سطح تحول فرد، نامتناسب است (جانسون^۲، ۲۰۱۲). شواهد نشان می‌دهند در دو دهه اخیر شیوع اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه رو به افزایش است (سافر^۳، ۲۰۱۵). مطالعات شیوع این اختلال را ۱۸/۱۱ درصد (مهالا و همکاران^۴، ۲۰۱۷) و ۲۰/۲ درصد (لودر^۵، ۲۰۱۸) و در ایران (طلایی و همکاران^۶، ۲۰۱۰) در کودکان پیش از دبستان ۱۲/۳ درصد و در پسران دبستانی ۱۵/۲ درصد، (حمزه‌لو و دیگران^۷، ۲۰۱۲) ۱۶/۲ درصد و (ارجمندی و دیگران، ۱۳۹۴) ۸ درصد تخمین زده‌اند. مطالعات نشان می‌دهد، اکثر کودکان مبتلا به این اختلال در نوجوانی اختلال اضطرابی (لیوو دیگران^۸، ۲۰۱۴)، مشکلات تحول هویت و ارتباطات اجتماعی (جونز و هس^۹، ۲۰۱۷)، احتمال رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار در نوجوانان (بیدرمن و دیگران^{۱۰}، ۲۰۱۷)، گرایش به اتخاذ تصمیمات پرخطر (بهار، ۱۳۹۵)، در معرض قربانی شدن توسط معلمان (افرون^{۱۱}، ۲۰۱۸) و احتمال طرد از سوی دوستان و همسالان خود (روکیچ و واینر^{۱۲}، ۲۰۱۷) را تجربه می‌کنند.

در ویراست پنجم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی^{۱۳}، ۱۸ نشانه اصلی در دو حوزه اصلی نشانه‌های بی‌توجهی و بیش‌فعالی / تکانشگری مفروض شده است و

1. Attention Deficit Hyperactive Disorder.
2. Jhanso, C.
3. Safer, C.
4. Mhalla, M & et al.
5. Loderer, A & et al.
6. Talaei, A & et al.
7. Hamzeloo, M & et al.
8. Liu, TL & et al.
9. Jones, SH & Hesse, M.
10. Biederman, J & et al.
11. Efron, D.
12. Rokeach, A & Wiener, W.
13. Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition.

لزوم وجود ۶ نشانه از هر حوزه برای تشخیص در کودکان مورد تاکید قرار گرفته است. طبق ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی و کاستی توجه اغلب گوش نمی‌دهند، تکالیف معین شده را به اتمام نمی‌رسانند، به خیال‌پردازی می‌پردازند، وسایل خود را گم می‌کنند، بدون تمام کردن یک فعالیت به فعالیت دیگری می‌پردازند، بعضی جزئیات را نمی‌بینند از این روی دقت ارزیابی می‌شوند، غالباً بی‌نظم بوده و قادر به سازماندهی نیستند، از انجام دادن کارهایی که مستلزم تلاش ذهنی مستمر است اجتناب می‌کنند، به زودی حواسشان پرت می‌شود، معمولاً دست‌ها و پاهای خود را تکان می‌دهند، همیشه در حال جنب و جوش هستند، نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند و معمولاً کارهای دیگران را متوقف می‌کنند. بسته به نشانه‌های موجود، افراد مبتلا به این اختلال به سه زیرگروه متفاوت تقسیم می‌شوند: نوع کمبود توجه، نوع بیش‌فعال / تکانشگر و نوع ترکیبی (توفن، والفرورولینگ^۱، ۲۰۱۱). تکنیک‌های ارزیابی متعددی وجود دارند که می‌توانند جهت تشخیص نشانه‌ها مورد استفاده قرار گیرند. هریک از روش‌ها اطلاعات ارزشمندی را فراهم می‌آورند و یک مجموعه جامع معمولاً قادر به شناسایی حیطه‌های متنوعی از مشکلات نیازمند به رسیدگی است (کاپالکا^۲، ۲۰۰۹، ترجمه موسوی و ناصررنجبر، ۱۳۹۷).

عواملی که برای این اختلال مطرح شده‌اند عبارتند از: مسموم‌شدگی در دوره قبل از تولد، زودرسی و صدمه مکانیکی قبل از تولد به دستگاه عصبی جنین. افزودنی‌های خوراکی، رنگ‌ها، مواد نگهدارنده و قند به عنوان عوامل احتمالی رفتار بیش‌فعالی مطرح شده‌اند (ویز^۳، ۲۰۱۸؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۸). عوامل وراثتی، شخصیت و مزاج، عوامل پیش و پس از تولد در ایجاد بیش‌فعالی با عوامل محیطی (مانند فرزندپروری والدین، محیط تقویتی یا تنبیهی و عوامل تربیتی) در تعامل هستند (میرنسب و دیگران،

1. Tophen, G.L., Wampler, K.S., & Rolling. E.
2. Kapalka, J.
3. Weis, R.

۱۳۹۱). مطالعات مونته‌جو و دیگران^۱ (۲۰۱۵) نشان می‌دهد بین وضعیت اقتصادی پایین خانواده و نشانه‌های بیش‌فعالی تعامل وجود دارد. همچنین پرویزی (۱۳۹۵) در بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی نشان داده است که کودکان خانواده‌های دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین، بیش از خانواده‌های دارای وضعیت اقتصادی و اجتماعی معمولی به بالا، دارای اختلال بیش‌فعالی هستند، اما این وضعیت بصورت مطلق نیست. نتایج مطالعات بیاتی (۱۳۸۹) و امانی و خواجه موگهی (۱۳۸۴) نیز نشان می‌دهد هرچه میزان تحصیلات والدین افزایش می‌یابد و درآمد خانواده افزایش می‌یابد نشانه‌های بیش‌فعالی کاهش می‌یابد. مطالعات کلاسیک جان بالبی نشان می‌دهد که محرومیت مادری می‌تواند به رفتارهای بیش‌فعالی و بی‌توجهی منجر شود. احتمال دارد که عوامل فشارزای شدید محیطی به نحوی در توسعه یا تشدید نشانه‌های مرضی این اختلال سهم باشند (عاشوری و افروز، ۱۳۹۳). مطالعه نگویان و دیگران^۲ (۲۰۱۷) نشان می‌دهد بین تک‌والدی بودن و نشانه‌های بیش‌فعالی تعامل وجود دارد.

اگرچه ژنتیک بخش عمده‌ای از واریانس نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی را توضیح می‌دهد، عوامل محیطی هم نقش مهمی دارند. عوامل محیطی غیرمشترک یعنی تجارب منحصر بفرد هر کودک ظاهراً در پیش‌بینی شکل‌گیری اختلال بیش‌فعالی مهم هستند. بنابراین استعداد ژنتیکی و خطرات و عوامل محیطی در تعامل با هم موجب علائم و نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی می‌شوند. حتی دو قلوهای یک تخمکی هم که در ۱۰۰ درصد ژن‌ها اشتراک دارند، در اختلال بیش‌فعالی همگامی ۸۰ درصدی دارند (ویز، ۲۰۱۸؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۸). با توجه به نقش مهم عوامل محیطی در اختلال بیش‌فعالی این سوال مطرح است که عواملی مانند شرایط اقتصادی و ساختار خانواده (تک‌والدی بودن) در اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه کودکان چه نقشی دارد؟

1. Montejo. M & et al.

2. Nguyen, J & et al.

روش

روش تحقیق در این پژوهش از نوع کیفی (تحلیل مضمون) و براساس هدف از نوع بنیادی است. جامعه آماری شامل کودکان ۶ تا ۱۱ سال که به مرکز مشاوره راه سبز شهر تهران مراجعه کرده‌اند، است. روش نمونه‌گیری از نوع روش نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش مادران دارای کودک بیش فعال دارای سنین ۶ تا ۱۱ سال و داشتن تمایل شرکت در پژوهش بوه است و ملاک خروج آزمودنی‌ها از پژوهش داشتن اختلالات دیگر در کودک است. به دلیل اینکه نوع پژوهش، کیفی است، تعداد نمونه به اندازه‌ای انتخاب می‌شد که حداکثر محتوای کیفی تجارب والدین کودکان دچار اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی استخراج شود و به اصطلاح دیگر مصاحبه‌ها از حالت مقوله‌بندی به حد اشباع برسند. حالت اشباع به وضعیتی گفته می‌شود که پاسخی که شرکت‌کنندگان جدید به سؤالات مصاحبه می‌دهند مشابه همان پاسخ‌هایی باشد که شرکت‌کنندگان قبلی به سؤالات مصاحبه داده‌اند. در این پژوهش با تعداد ۱۳ نفر، گزاره‌ها به حد اشباع رسید.

روش گردآوری داده‌ها: از آنجائیکه داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته گردآوری شد، ابتدا با مرور ادبیات تحقیق سؤالات مصاحبه در زمینه عوامل احتمالی مرتبط با اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، تدوین و برای اطمینان از کفایت آن‌ها به تایید متخصصان رسید. قبل از شروع مصاحبه، توضیحات کافی درباره اهمیت و اهداف پژوهش بیان شد. همچنین، به مادران اطمینان داده شد که از اطلاعات زندگی شخصی آن‌ها به صورت محرمانه و بی‌نام محافظت خواهد شد. در مرحله بعد، رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی مبنی بر ضبط مصاحبه‌ها اخذ شد. به مادرانی که تمایل به آگاهی از نتایج مطالعه را داشتند، راهنمایی‌های لازم در مورد نحوه دست‌یابی داده شد. مصاحبه‌ها با توافق مشارکت‌کنندگان در مکانی ساکت و راحت با یک پرسش کلی و باز نظیر «از شرایط اقتصادی تان برایم تعریف کن؟»، شروع شد و در

مرحله بعد، براساس پاسخ‌ها و داده‌های استخراج شده، از پرسش‌های اکتشافی نظیر «این مطلب یعنی چه؟»، «می‌توانید یک مثال واقعی از آنچه می‌گویید در زندگی خودتان بزنید؟» و «لطفاً بیشتر توضیح دهید؟» برای کشف اطلاعات عمیق‌تر پرسیده شد. بعد از انجام هر مصاحبه، اطلاعات ضبط شده و یادداشت‌ها با دقت روی کاغذ پیاده‌سازی شد. داده‌ها بعد از اطمینان از مطابقت با اطلاعات ضبط شده با روش سیستماتیک کدگذاری و تجزیه و تحلیل شد. در این مرحله چنانچه مواردی از ابهام و یا نقص اطلاعات مشاهده شد مجدداً با مصاحبه شونده تماس گرفته و رفع ابهام شد. فرآیند کدگذاری داده‌ها در جریان گردآوری داده‌ها به اجرا درآمد، یعنی، پس از مصاحبه کار کدگذاری انجام شد و سپس، مصاحبه دیگری شکل گرفت. مدت زمان مصاحبه برای هر نمونه حدود ۶۰-۵۰ دقیقه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

مصاحبه بالینی: در این پژوهش آزمودنی‌ها مورد مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته قرار گرفتند. مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته این مزیت را دارد که هر کدام از آزمودنی‌ها در یک جلسه انفرادی و در یک فضای امن و خصوصی قادرند درباره موارد مطرح شده پاسخ دهند و بعلاوه به صورت انعطاف‌پذیر پس از پرسش سوال اصلی، جنبه‌های مختلف پاسخ‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد، لذا اطلاعات سودمند بیشتری به دست می‌آید. مصاحبه نیمه ساختار یافته فرصتی فراهم می‌آورد که هر کدام از آزمودنی‌ها با تفاهم و تشویق خود-کاوشگری بیشتری داشته باشند. سوالات شامل: ۱- اطلاعات دموگرافیک، شامل: سن، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت و ... والدین ۲- شرایط اقتصادی (داشتن منزل مسکونی، میزان درآمد، شاغل بودن، اندازه واحدهای مسکونی و ...). ۴- شرایط زندگی (شرایط حضانت کودک، تک‌والدی بودن و ...). در این بخش ابتدا از آزمودنی‌ها سوالاتی مانند: میزان درآمد خانواده چقدر است؟ آیا بودجه‌ای برای مشاوره با یک متخصص درباره مشکلات فرزندت در نظر گرفته‌ای؟ در ادامه سوالات

عمیق‌تری پرسیده شد. و پاسخ‌های انعکاسی داده شد تا داده‌ها صحت لازم را داشته باشد. معیارهای بکارگرفته شده برای اعتبار در این پژوهش عبارتند از: درگیری پیوسته و طولانی مدت با آزمودنی‌ها، مشاهده مداوم، بازبینی (کنترل) همکاران، بازخوردهای ارائه شده از جانب اساتید، تأیید یافته‌ها توسط شرکت‌کنندگان و استفاده از منابع اطلاعاتی چندگانه.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون استفاده شده است. تحلیل مضمون راهبرد تقلیل داده‌ها است که با آن داده‌های کیفی تقسیم بندی، طبقه بندی، تلخیص و بازسازی می‌شود. تحلیل مضمون، اصولاً راهبردی توصیفی است که یافتن الگوها و مفاهیم مهم را از درون مجموعه داده‌های کیفی تسهیل می‌کند (کیامنش و دانای طوس، ۱۳۹۶). در این بخش ابتدا داده‌ها بر مبنای یک مضمون کدگذاری و پس از طبقه بندی مضامین مفهوم سازی شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های فردی مصاحبه‌شوندگان پژوهش نشان داد، کودکان مشارکت‌کنندگان در پژوهش دارای میانگین سنی ۸/۸ سال و انحراف معیار ۱/۲ هستند، میانگین سنی مادران ۳۲/۷ و انحراف معیار ۲/۸ و میزان تحصیلات مادران (۳ نفر پایین تر از دیپلم، ۴ نفر دیپلم، ۶ نفر لیسانس) بودند و میانگین سن پدران ۳۵/۷ و انحراف معیار ۴، میزان تحصیلات پدران (۳ نفر پایین تر از دیپلم، ۳ نفر دیپلم، ۳ نفر لیسانس، ۴ نفر فوق لیسانس) بودند.

بر اساس مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته شرایط اقتصادی و خانوادگی با مادران مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی‌ها نشان داد که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مرتبط

با اختلال بیش‌فعالی دارای ابعاد مختلفی به شرح ذیل می‌باشد:

جدول ۱: مضامین اصلی و فرعی استخراج شده مربوط به شرایط اقتصادی و خانوادگی

مضمون	زیرمضمون	کدهای اولیه
وضعیت اقتصادی خانواده	مشکلات مالی	بیکاری مادر/ پدر درآمد پایین
	ویژگی‌های منزل مسکونی	فضای ناکافی منزل نداشتن اتاق خصوصی فرزند دارای اختلال بیش‌فعالی
ساختار خانواده	سطوح آگاهی والدین	سطح تحصیلات والدین و آگاهی درباره اختلال بیش‌فعالی
	حضانت کودک	تک والدی بودن کودک / طلاق یا مرگ یک والد وجود والدین ناتنی زندگی با پدر بزرگ و مادر بزرگ

تحلیل شرایط اقتصادی و خانوادگی والدین دارای کودک بیش‌فعال منجر به شناسایی، ۴ زیرمضمون و ۲ مضمون اصلی شد که در ادامه هر کدام از این مضامین توأم با زیرمضمون‌های آن مورد بررسی قرار می‌گیرند.

مضمون اول: وضعیت اقتصادی خانواده

اولین مضمون اصلی شناسایی شده تحلیل داده‌ها منجر به شناسایی ۲ زیرمضمون شد که عبارت‌اند از:

الف) مشکلات مالی:

"من بیکار هستم و نمی‌توانم فرزندم را در کلاس‌های کاردرمانی ثبت نام کنم" (آزمودنی شماره ۲).

"درآمد همسرم آنقدر نیست که تاکنون توانسته باشم از یک روانشناس یا پزشک برای

کمک به فرزندم استفاده کنم" (آزمودنی شماره ۳ و ۴).

"ای کاش می توانستم کمی پس انداز کنم تا به فرزندم کمک کنم، اگر درآمدی داشتم
او را زودتر به دکتربرده بودم" (آزمودنی شماره ۱۳).

ب) ویژگی های منزل مسکونی:

"خانه ما خیلی کوچک است، وقتی علی به این طرف و آن طرف می دود همه ما را
پرشان می کند، فکرمی کنم منزل ما برای ما خیلی کوچک است" (آزمودنی شماره ۵).
"فرزندم اتاق خصوصی ندارد تا در آن با آسودگی بازی کند" (آزمودنی شماره ۴ و ۳).

مضمون دوم: نگرش و ساختار خانواده

مضمون اصلی دوم شناسایی شده تحلیل داده ها منجر به شناسایی ۲ زیرمضمون
شد که عبارت اند از:

الف) نگرش خانواده:

"فکرمی کنم اینکه کودک شیطننت کند امری عادی است، من فکرمی کنم فرزندم
نیاز به دارو ندارد" (آزمودنی شماره ۱).

"فرزندم تنها پسر خانواده است. به نظر من پسرها بیشتر شیطننت می کنند. این امر
عادی است" (آزمودنی شماره ۳).

"من فکرمی کنم داروها عوارض زیادی دارد. نمی خواهم فرزندم دارو بخورد" (آزمودنی
شماره ۱).

ب) حضانت:

"حمایت کافی همسرم را برای رتق و فتق امور فرزندم ندارم" (آزمودنی شماره ۵).

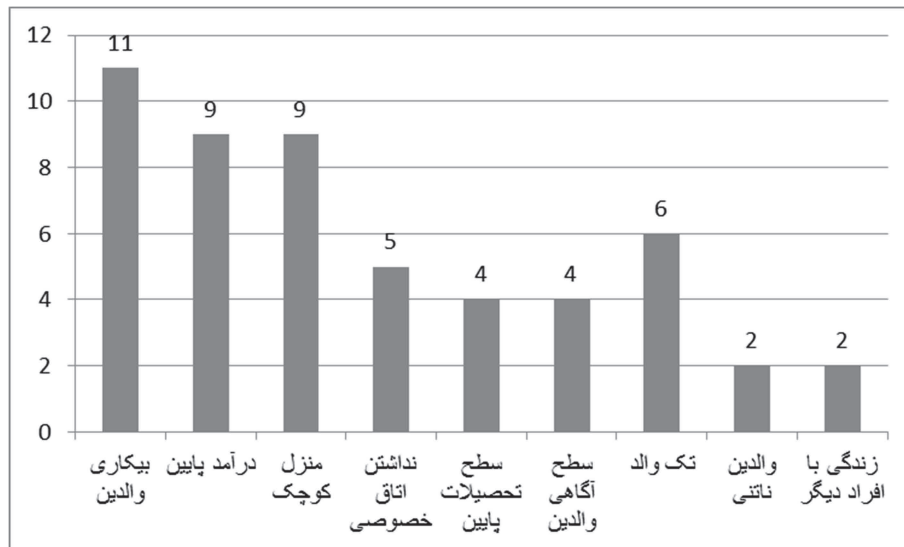
"وقت کافی برای درگیر شدن کارهای فرزندم ندارم و نمی توانم بر امور او نظارت کنم"
(به علت طلاق). (آزمودنی شماره ۶).

"چون با والدینم زندگی می کنم، آن ها (پدربزرگ و مادربزرگ کودک) حوصله کافی

برای فرزندم را ندارند و این باعث می‌شود فرزندم بیشتر پرخاشگری کند" (آزمودنی شماره ۱۳).

"وقتی مادرم (مادربزرگ کودک) فرزندم را برای پرحرفی‌هایش سرزنش می‌کنند، مجبور می‌شوم او را تنبیه کنم و این موضوع موجب نافرمانی بیشتر فرزندم می‌شود" (آزمودنی شماره ۱۳).

نمودار زیر فراوانی پاسخ‌های مرتبط با هر کد آورده شده است.



نمودار شماره ۱. فراوانی پاسخ‌های ارائه شده ابعاد شناخته شده مرتبط با اختلال بیش‌فعالی

در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است که مضمون اول از ۳۴ کد و مضمون دوم از ۱۸ کد استخراج شده است. در مجموع ۵۲ کد استخراج شده نشان‌دهنده شرایط اقتصادی و خانوادگی مرتبط با اختلال بیش‌فعالی می‌باشد. بنابراین احتمالاً وضعیت اقتصادی پایین و ساختار خانواده نامطلوب در بروز نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی مؤثر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل شرایط اقتصادی و خانوادگی خانواده دارای کودک دارای اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه منجر به شناسایی، ۲ مضمون اصلی شد که عبارتند از: ۱- وضعیت اقتصادی پایین (درآمد پایین، بیکاری) و ۲- ساختار نامطلوب خانواده (سطح آگاهی والدین و حضانت کودک / تک‌والدی).

داده‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که خانواده‌های دارای کودک مبتلا به بیش‌فعالی / نقص توجه دارای وضعیت اقتصادی پایینی بودند. این والدین علاوه بر تحمل شرایط فشارآور اقتصادی که منجر به آشفتگی و بی‌حوصلگی در آنان می‌شود، به علت درآمد ناکافی، قادر به رسیدگی به مشکلات آموزشی و درمانی کودک خود نیستند. بعلاوه این کودکان فضای کافی را برای بازی کردن در منزل را ندارند و به سبب آشفتگی‌هایی که ایجاد می‌کنند بیشتر مورد سرزنش و تنبیه قرار می‌گیرند. لذا این کودکان به سبب نوع اختلالشان نمی‌توانند در فضای کوچک و محدود، کارهایی که مستلزم تلاش ذهنی مستمر است را انجام دهند و به زودی حواسشان پرت می‌شود. آنان معمولاً دست‌ها و پاهای خود را تکان می‌دهند، همیشه در حال جنب و جوش هستند، لذا بیشتر از کودکان دیگر مورد سرزنش و تنبیه افراد خانواده قرار می‌گیرند. بعضی از والدین دارای تحصیلات پایین بوده یا درباره اختلال فرزندشان آگاهی کمتری داشتند. بنابراین پیگیری لازم جهت درمان بهنگام کودک خود را انجام نداده بودند. این والدین حواسپرتی کودک یا دنبال نکردن تکالیف و یا عمل نکردن به دستورات والدین را بازیگوشی یا شیطنت کودک تلقی می‌کردند. لذا قادر نبودند روش‌های تربیتی موثر را بکار بگیرند لذا نشانه‌های بیش‌فعالی آشکارتر می‌شد. بعضی از این کودکان به علت طلاق والدین با پدر یا مادر زندگی می‌کردند و محرومیت مادری یا پدری را تجربه کرده بودند. این والدین قادر به بکارگیری اقتدار لازم برای اجرای قوانین را نداشتند زیرا اغلب چند والدی بودن کودک (زندگی با پدر بزرگ / مادر بزرگ به علت طلاق یا فوت همسر) موجب بی‌ثباتی در روش‌های

فرزندپروری و در نتیجه بالاتر کیفی کودک در برابر دستورها و سپس آشفستگی بیشتر می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعات بیانی و همکاران (۱۳۸۹)، پرویزی (۱۳۹۵)، مونتنجو و دیگران (۲۰۱۵)، امانی و خواجه موگهی (۱۳۸۴)، عباسی (۱۳۹۳)، کرباسی (۱۳۸۶) و نگویان و همکاران (۲۰۱۷) همسواست و با پژوهش شعبانی و یادگاری (۱۳۹۶) ناهمسو است. در مطالعات طولی معلوم گردید، کودکانی که فقدان یا جدایی از والدین را در اوایل زندگی تجربه کرده بودند، نشانه‌های مرضی اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی را نشان داده بودند. کودکان پرورشگاهی اغلب بیش‌فعال بوده و میدان توجه محدودتری دارند. این نشانه‌ها از محدودیت هیجانی طولانی و با رفع محرومیت مثل به فرزند خانواده‌ای درآمدن و انتقال به خانواده رضاعی از بین می‌روند. بنابراین این احتمال وجود دارد که محرومیت مادری / پدری می‌تواند به رفتارهای بیش‌فعالی و بی‌توجهی منجر شود (موئن، هدلین و هالورد^۱، ۲۰۱۶).

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت وضعیت ضعیف اقتصادی (داشتن مشکلات مالی، بیکاری و ...) و تک‌والدی بودن (مرگ والدین یا طلاق) از طرفی می‌تواند به عنوان یک عمل فشارآور عمل نماید و هم مستقیماً در روند و سیر اختلال بیش‌فعالی تأثیر بگذارد. میزان استرس‌های زندگی می‌تواند نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی را افزایش دهد. به عنوان مثال وقتی از مصاحبه شونده‌گان درباره مشکلات مالی سوال میشد، آنان وجود دوره‌هایی از بحران‌های مالی و افزایش مشکلات رفتاری کودک را بخاطر می‌آوردند. بحران‌ها موجب تنش در خانواده و غفلت از کودک و فرزندپروری منفی می‌شود. والدین در بحران‌های مختلف زندگی انرژی و وقت کافی برای کودکانی که بالقوه دارای مشکلات رفتاری هستند (بخصوص کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی)، مانند درخواست‌های مکرر و پی‌در پی، پرحرفی، انجام ندادن تکالیف، حواسپرتی و

1. Moen, L, Hedelin, B, Hall-Lord, M L.

غیره را ندارند. لذا تنش‌ها موجب تعامل منفی بین والد و کودک و تقویت رفتارهای منفی موجب افزایش نشانه‌های بیش‌فعالی در کودکان شود.

محدودیت‌های پژوهش شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و وجود طیف‌های متفاوت از اختلال بیش‌فعالی / کاستی توجه در نمونه‌ها می‌باشد. با توجه به یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود درمانگران در درمان کودکان دارای اختلال بیش‌فعال / نقص توجه به عوامل اقتصادی و خانوادگی موثر در افزایش نشانه‌های اختلال توجه نمایند.

منابع

- اخوان کرباسی، ص.، گلستان، م.، فلاح، ر. و صدری بافقی، م. (۱۳۸۶). بررسی شیوع اختلال بیش‌فعالی، کمبود توجه و تمرکز در کودکان ۶ ساله شهر یزد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد*. ۱۵ (۱۴)، ۲۹-۳۴.
- ارجمندی، ش.، کیخاوندی، س.، سایه میری، ک. (۱۳۹۴). بررسی میزان شیوع اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در دانش‌آموزان دبستانی از دید معلمان و والدین: مطالعه مروری سیستماتیک و فراتحلیل، *مجله اصول بهداشت روانی*. ۱۷ (۵)، ۲۱۳-۲۱۹.
- افروز، غ. و عاشوری، م. (۱۳۹۳). *مبانی روان‌شناختی مدیریت رفتار کودکان بی‌قرار و بیش‌فعال*. چاپ سوم. انتشارات دانشگاه تهران.
- امانی، ر.، خواجه موگهی، ن. (۱۳۸۴). مقایسه الگوی تغذیه کودکان دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه و بی‌تحرکی با کودکان سالم. *مجله علوم پزشکی تهران ایران*. ۳۷-۲۲-۳۲.
- بابک، ن.، حسینیان، س.، خیرخواه، م.، محمدی، م. (۱۳۹۵). مقایسه زمان واکنش و عملکرد در تصمیم‌گیری پر خزر در کودکان با اختلال کم‌توجهی بیش‌فعالی و کودکان عادی. *توانمندسازی کودکان / استثنایی*. ۱۷ (۱)، ۵۳-۶۲.
- بیاتی، ح.، پرورش، ن.، ضیالدینی، ح. (۱۳۸۹). اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه (ADHD) و اختلال سلوک در کودکان با والدین مبتلا به اختلال وابستگی به مواد. *اعتیاد و سلامت*. ۲ (۳)، ۸۹-۹۴.
- پرویزی، م. (۱۳۹۵). بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های جمعیت‌شناختی اختلال نقص توجه بیش‌فعالی. *دومین کنفرانس ملی روانشناسی علوم تربیتی و اجتماعی. مازندران - بابل*. موسسه علمی تحقیقاتی کومه علم آوران.
- شعبانی، م.، یادگاری، ا. (۱۳۹۶). بررسی شیوع اختلالات بیش‌فعالی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبستانی شهر زنجان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*. ۱۳ (۵۱)، ۴۲-۴۸.

- عباسی، م.، درگاهی، ش.، کریمی، ک. (۱۳۹۳). روابط خانوادگی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری بین دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی و دانش‌آموزان عادی. *فصلنامه نسیم تندرستی*. ۲ (۳): ۱۲-۲۰.
- کاپالکا، ج. (۲۰۰۹). *مشاوره با پسران و مردان مبتلا به ADHD*. ترجمه موسوی، ر. و ناصرزنجیر، ه. (۱۳۹۷)، چاپ اول، انتشارات ارجمند.
- کیامنش، ع.، دانای طوس، م. (۱۳۹۶). *طرح پژوهش رویکردهای کمی، کیفی و ترکیبی*. چاپ ششم. انتشارات واحد علامه طباطبایی.
- میرنسب، م.، منصور، م.، افروز، غ.، غباری بناب، ب. و به‌پژوه، ا. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان‌گری رفتاری و شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی کودکان. *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*. ۱۸ (۱): ۶۹-۸۴.
- وایس، ر. (۲۰۱۸). *آسیب‌شناسی روانی کودک و نوجوان*. ترجمه فیروز بخت، م. (۱۳۹۸). چاپ اول. نشر دانژه.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (2015). 5th edition. Arlington, VA., American Psychiatric Association.
- Biederman, J., Fitzgerald, M., Spencer, J., Pradeep, G., Deirdre, M., McCarthy, K., Woodworth, Y., Saunders, A. & Stephen V. (2017). Is Paternal Smoking at Conception a Risk for ADHD? A Controlled Study in Youth With and Without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, First Published 2 Feb 2017.
- Efron, D., Wijaya, M. & Hazell, PH. (2018). Peer Victimization in Children With ADHD: A Community-Based Longitudinal Study. *Journal of Attention Disorders*. First Published 7 Sep 2018.
- Hamzeloo, M., Mashhadi, A., Salehi, J, & Fadardi, D. (2012). The Prevalence of ADHD and Comorbid Disorders in Iranian Adult Male Prison Inmates. *Journal of Attention Disorders*. 20 (7). 590-598.
- Johnstone, C. (2012). Parenting in adults with attention deficit/ activity disorder and (ADHD). *Clinical Psychology Review*. 32, 215-228.
- Jones, Sh. & Hesse, M. (2017). Adolescents With ADHD: Experiences of Having an ADHD Diagnosis and Negotiations of Self-Image and Identity. *Journal of Attention Disorders*. 22 (1). 92-102.
- Liu, TL., Yang, P., Ko .Ch H., Yen .JY,& Yen Ch F. (2014). Association Between ADHD Symptoms and Anxiety Symptoms in Taiwanese Adolescents. *Journal of Attention Disorders*. 18 (5). 447-455.
- Luderer, M., Sick, Ch., Kaplan-Wickel, N., Reinhard, I., Richter, A., Kiefer, F. & Weber. T. (2018). Prevalence Estimates of ADHD in a Sample of Inpatients With Alcohol Dependence. *Journal of Attention Disorders*. First Published 7 Jan 2018.
- Mhalla, A., Guedria, A., Brahem, T., Amamou, B., Sboui, W., Gaddour, N., & Gaha, L. (2017). ADHD in Tunisian Adolescents: Prevalence and Associated Factors. *Journal of Attention Disorders*. 22. (2). 154-162.
- Moen, L., Hedelin. B., & Hall-Lord, ML. (2016). Family Functioning,

- Psychological Distress, and Well-Being in Parents with a Child Having ADHD. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 6, 1.
- Montejo, M., Durán, M., Martínez, M., Hilari, A., Roncalli, A., Vilaregut, & A., Montserrat, C. M. (2015). Family Functioning and Parental Bonding During Childhood in Adults Diagnosed With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. First Published 24 Aug 2015.
 - Nguyen, J., Sberna HM., & Strickhouser. S. (2017). Family Predictors of Child Mental Health Conditions. *Journal of Family Issues*. 23: 24-32.
 - Rokeach, A., & Wiener. W. (2017). Friendship Quality in Adolescents With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. First Published 13 Oct 2017.
 - Safer, D. (2015). Is ADHD Really Increasing in Youth? *Journal of Attention Disorders*. 20 (7). 590-598.
 - Talaei, A., Mokhber, N., & Abdollahian, E. (2010). Attention deficit/hyperactivity disorder: A survey on prevalence rate among male subjects in elementary school (7 to 9 years old) in Iran. *J Atten Disord*. 13(4): 386-90.
 - Topfen, G.L., Wampler, K.S., & Rolling. E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a Filial therapy program. *Interactional Journal of play therapy*. 20(2), 79-93.