

«زن و مطالعات خانواده»

سال پانزدهم - شماره پنجاه و ششم - تابستان ۱۴۰۱

ص: ۱۲۹-۱۴۴

## اثربخشی دل‌بستگی درمانی به مادران بر نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان

هدی ملک‌زاده<sup>۱</sup>

عزت دیره<sup>۲</sup>

ناصر امینی<sup>۳</sup>

محمد نریمانی<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی دل‌بستگی درمانی به مادران بر نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ۸ تا ۱۱ سال شهر شیراز بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری است. نمونه پژوهش ۴۰ نفر از مادران دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی در سال تحصیل ۹۹-۱۳۹۸ شهر شیراز بود که به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (تعداد ۲۰ نفر) و کنترل (تعداد ۲۰ نفر) انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های دموگرافیک و سیاهه رفتاری کودک آخنباخ نسخ والدین استفاده شد. نتایج نشان داد بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه متغیر مشکلات برونی‌سازی شده، مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و مشکلات کلی تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/001$ ). همچنین بین پیش‌آزمون-پیگیری نیز در هر سه متغیر تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/001$ ) و نیز بین پس‌آزمون و پیگیری در دو متغیر مشکلات برونی‌سازی شده و مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ). براین اساس می‌توان گفت که آموزش دل‌بستگی درمانی به مادران در کاهش

۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

Hoda\_malekzadeh66@yahoo.com

Ezatdeyreh@gmail.com

۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران. نویسنده مسؤول

Amini\_n2010@yahoo.co

۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

Narimani@uma.ac.ir

۴ استاد ممتاز گروه روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ۸ تا ۱۱ سال مؤثر بوده است و می‌توان از این نوع مداخله در مراکز درمانی کودکان با مشکلات رفتاری استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: دلبستگی درمانی، نافرمانی مقابله‌ای، مادران.

#### مقدمه

خانواده نخستین و بادوام‌ترین عاملی است که در اکثر جوامع به‌عنوان سازنده و زیربنای شخصیت و رفتارهای بعدی کودک شناخته شده و حتی به عقیده بسیاری از روان‌شناسان، باید ریشه بسیاری از اختلالات شخصیت و بیماری‌های روانی را در پرورش اولیه خانواده جستجو کرد (واج، لئوبلون، کری و طیب، ۱، ۲۰۱۶). از میان اعضای خانواده مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می‌کند، لذا مهم‌ترین نقش را در پرورش ویژگی‌های روانی و عاطفی کودک بر عهده دارد و او کانون سلامتی با بیماری محسوب می‌شود.

تحقیقات نشان داده‌اند که اختلالات رفتاری در کودکان، ارتباط تنگاتنگی با مشکلات روانی والدین به‌خصوص مادر دارند (ابلین و ولف، ۲، ۲۰۱۷). اختلال‌های رفتاری شایع کودکی را معمولاً در دو حوزه گسترده طبقه‌بندی می‌کنند: اختلال‌های برون‌سازی شده<sup>۳</sup> و اختلال‌های درون‌سازی شده<sup>۴</sup>. اختلال‌های برون‌سازی شده با رفتارهایی مانند پرخاشگری، نافرمانی، بیش‌فعالی و تکانش‌پذیری که بیشتر معطوف به بیرون هستند، مشخص می‌شوند و شامل اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه است. اختلال‌های درون‌سازی شده با تجاربی و رفتارهایی مانند افسردگی، کناره‌گیری اجتماعی و اضطراب که بیشتر معطوف به درون هستند، مشخص می‌شوند و شامل اضطراب کودکی و اختلال‌های خلق است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۵، ۲۰۱۳). اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۶</sup> الگویی از عصبانیت تحریک‌پذیری خلق، رفتار چالشی مقابله‌ای یا کینه‌جویانه است که حداقل باید هر هفته یک بار به مدت ۶ ماه تداوم داشته باشد. همچنین در این مدت عملکرد اجتماعی فرد دچار مشکل شده باشد

- 
۱. Wach, Letroblon, Coury & Tebib
  ۲. Ablin & Wolfe
  ۳. Externalizing disorders
  ۴. Internalizing Disorders
  ۵. American Psychological Association
  ۶. Oppositional Defiant Disorder

(سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵). اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشترین شیوع را در خانواده‌هایی دارد که والدین یا مراقبین آنها، پاسخ‌دهنده نبوده یا در مراقبت از کودک اهمال می‌کنند (چن، لین، آلن هیت و دینگ، ۲۰۲۰). این اختلال اگر با اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی به‌طور همزمان داشته باشد به‌احتمال بیشتری تا بزرگسالی ادامه می‌یابد و تبدیل به اختلال شخصیت ضداجتماعی می‌شود. متخصصان معتقدند شناسایی عوامل بالقوه در ایجاد و بروز اختلالات رفتاری به‌ویژه اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نقش غیرقابل‌انکاری در ابداع و به‌کارگیری مداخلاتی دارد که در بهبود این اختلال مؤثر است (گالوس-سانچز، ریزدل‌پاسو و دوشک، ۲۰۱۸).

در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی درباره عوامل خانوادگی مؤثر در رفتار و طرز فکر کودک صورت گرفته است و مداخلات متنوع و مختلفی برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای ارائه شده است که در میان آنها، آموزش والدین، به دلیل تمرکز بر محوری‌ترین عامل به وجود آمدن اختلالات رفتاری یعنی والدین، بر سایر روش‌های مداخله‌ای ارجحیت و برتری دارد (دایاس ۴ و همکاران، ۲۰۱۷). در میان مداخلات مبتنی بر والدین، دلبستگی درمانی، یکی از پرطرفدارترین و موفق‌ترین رویکرد مداخله‌ای در ارتباط با رفتارهای ایدایی و مخل کودکان محسوب می‌گردند (ایگان، ویلسی، تامپسون، فاندربورک و بارد، ۲۰۲۰). با توجه به اینکه خانواده و عملکرد آن به‌عنوان یکی از عوامل مهم در پیشگیری و حفظ سلامت افراد آن محسوب می‌شود. یکی از عواملی که عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد نوع روابط خاصی است که بین اعضای خانواده، خصوصاً والدین و فرزندان وجود دارد (دوبی، پاندی و میشرا، ۲۰۱۰). رابطه‌ای که والدین با اعضای دیگر خانواده بخصوص کودکان‌شان دارند تأثیرات مهم بر تکامل سلامتی کودک و سلامت روان‌شناختی آنها دارد (وولف-کینگ، انگار، آرنولد، ویس، تایتل، ۲۰۱۷). اهمیت این روابط به این دلیل است که تجربیات اولیه‌ای که در این نهاد شکل می‌گیرد تأثیر مهمی بر رشد شخصیت و رفتار اعضای خانواده در سال‌های بعدی زندگی خواهد داشت. از جمله این تجربیات، رابطهٔ عاطفی قوی کودک با

- 
۱. Sadock, Sadock & Ruiz
  ۲. Chen, Lin, Allen Heath & Ding
  ۳. Galvez-Sánchez, Reyes Del Paso & Duschek
  ۴. Dias
  ۵. Egan, Wilsie, Thompson, Funderburk & Bard
  ۶. Dubey, Pandey & Mishra
  ۷. Woolf- King, Anger, Arnold, Weiss & Teitel

مراقب اولیه (که غالباً مادر است) است (استپتو، ویکمن، ملوی، مسرلی-بورگی و کاسکی، ۱، ۲۰۱۳). رابطه عاطفی قوی مادر با فرزند، سبب شکل‌گیری دلبستگی ایمن کودک شده و از بسیاری از مسائل رفتاری او کاسته یا پیشگیری می‌کند (کریستانی، ۲، ۲۰۱۸). در افراد با سبک دلبستگی ایمن که مادر از لحاظ هیجانی در دسترس کودک است و تعاملات گرم، مثبت و پاسخ‌دهنده‌ای با کودک خود دارد، عزت‌نفس بالا است و احساس می‌کنند دیگران آنان را دوست دارند و به آنان اهمیت می‌دهند (دی‌تلا و کاستلی، ۳، ۲۰۱۶). در مقابل، سبک دلبستگی نایمن اجتنابی زمانی به وجود می‌آید که مادر از لحاظ هیجانی خشک و عصبی بوده و در دسترس کودک نباشد، بدیهی است که آثار هیجانی نامناسبی بر جای می‌گذارند. بنابراین همسازی و تعدیل عاطفه را که به دلبستگی ایمن یا نایمن منجر می‌شوند، از طریق اجرای دلبستگی درمانی ضرورت می‌یابد.

در دلبستگی درمانی، مداخله اصلاح دلبستگی به مادر یا مراقب کودک ارائه می‌شود؛ بر تجارب هیجانی مربوط به رابطه دلبستگی در مادر و اصلاح تجسم‌های ذهنی مختل وی درباره خود، کودکش و دیگران تأکید می‌شود و هدف اصلی، ایجاد پایگاه و تکیه‌گاه ایمن برای کودک در خانواده است (کاواباتا، آلینک، تسنگ، ون‌ایزندورن و کریک، ۴، ۲۰۱۱). در دیدگاه بالبی (۵، ۱۹۸۸) مداخلات متمرکز بر دلبستگی مادر-کودک این است که مداخله باید به شکل موازی هم‌الگوهای ارتباطی و هم‌فرایندهای فعال ذهنی مادر و کودک، هردو را هدف قرار دهد (گلداسمیت، ۶، ۲۰۱۰). در این راستا فنون مورد استفاده در این مداخلات گستره متنوعی از روش‌های روان‌درمانگرانه مربوط به ایجاد پیوند امن میان مادر یا درمانگر و کودک گرفته تا بازی درمانی و آموزش راهبردهای سازگاری با استرس، راهکارهایی همچون تماس نزدیک و تسلی‌بخش جسمانی با کودک و مداخلات متمرکز بر کارکردهای اجتماعی کودک و خانواده را به خود اختصاص می‌دهند (سادبری، شاردلو و هانتینگتون، ۷، ۲۰۱۰). کینگ و نیونهام (۸، ۲۰۰۸) پایه اصلی مشکلات رفتاری کودکان را معلول مشکلات و اختلالات دلبستگی می‌دانند و معتقدند که درمان‌های مبتنی بر دلبستگی به

- 
۱. Steptoe, Wikman, Molloy, Messerli-Burgy & Kaski
  ۲. Crestani
  ۳. Di Tella & Castelli
  ۴. Kawabata, Alink, Tseng, van Ijzendoorn & Crick
  ۵. Bowlby
  ۶. Goldsmith
  ۷. Sudbery, Shardlow & Huntington
  ۸. King & Newnham

بهبود تعاملات والد - کودک کمک می‌کنند و منجر به کاهش مشکلات رفتاری کودک می‌گردد. مطالعات نشان می‌دهد که نافرمانی و رفتارهای منفی‌باف کودکان تا حد بسیار زیادی با دلبستگی ناایمن و ارتباط نامطلوب والد - کودک در ارتباط است (اسکولر، کاشدان و پارکز، ۲۰۱۴). پژوهش رولوفز، اونکلز و موریس ۲ (۲۰۱۳) نشان داد که کودکانی عدم حساسیت و طرد را به‌وسیله مراقبان خود تجربه می‌کنند ممکن است تصویری از روابط را رشد دهند که با ناامنی و عدم اطمینان مشخص می‌شود. مورتی، اوبست، کرایچ و بارتولو ۳ (۲۰۱۵) نیز در پژوهش خود درمان مبتنی بر دلبستگی را در کاهش علائم اختلالات رفتاری و بهبود و جبران روابط اولیه کودک - والد مؤثر یافتند. پژوهش ویلارینو، سیژکوسکا و کویمبرا ۴ (۲۰۱۷) نیز نشان داد که والدین کودکان دارای مشکلات رفتاری، به‌ویژه کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی ارجاع داده‌شده به کلینیک، استرس بیشتری را در خانواده‌ها و نقش والدینی‌شان گزارش می‌کنند.

بنابراین، با توجه به نقش مهم تعاملات مادر و فرزند در مشکلات رفتاری کودکان، به نظر می‌رسد تمرکز هرچه بیشتر مداخلات روان‌شناختی بر رابطه مادر کودک حائز اهمیت است؛ به نظر می‌رسد می‌توان با بهبود مشکلات کلی تعامل والد- کودک به کاهش رفتار مخرب کودک و بهبود مدیریت رفتار والدین اقدام کرد. همچنین، از آنجایی که اختلال نافرمانی مقابله‌ای ممکن است متأثر از چند عامل متفاوت بوده و ریشه در زمینه‌های فرزندپروری، دلبستگی، تعاملی و ویژگی‌های رفتاری خود کودک دارد، تجربه ایجاد تغییر در هر کدام از این زمینه‌ها تأثیر متفاوتی به دنبال خواهد داشت (ویلک، ۲۰۱۸). لذا نتیجه چنین مطالعه‌ای به‌عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیشتر و طراحی مداخلات متناسب جهت کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌تواند باشد.

#### اهداف پژوهش

۱. بررسی اثربخشی دلبستگی درمانی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده در کودکان

---

۱. Schueller, Kashdan & Parks  
 ۲. Roelofs, Onckels & Muris  
 ۳. Moretti, Obsuth, Craig & Bartolo  
 ۴. Vilarino, Sieczkowska & Coimbra  
 ۵. Wilke

۲. بررسی اثربخشی دلبستگی درمانی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده در کودکان
۳. بررسی اثربخشی دلبستگی درمانی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کلی در کودکان

#### فرضیات پژوهش

۱. دلبستگی درمانی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده در کودکان تأثیر دارد.
۲. دلبستگی درمانی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده در کودکان تأثیر دارد.
۳. دلبستگی درمانی به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کلی در کودکان تأثیر دارد.

#### روش

پژوهش حاضر، یک مطالعه از نوع نیمه‌تجربی بوده که در آن از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی در سال تحصیل ۹۹-۱۳۹۸ شهر شیراز که حدود ۶۷۸۹ نفر دانش‌آموز در ۳۲ دبستان دولتی پسرانه مشغول به تحصیل بودند تشکیل دادند که از بین آنها ۴۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دارا بودن فرزند با تشخیص نافرمانی مقابله‌ای، تحصیلات راهنمایی به بالا، داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه‌درمانی، تمایل به همکاری. ملاک‌های خروج عبارت بودند: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله. در پژوهش حاضر پس از دریافت مجوز از طرف دانشگاه و اخذ موافقت از سوی آموزش و پرورش شهر شیراز با هماهنگی مدیران و آموزگاران محترم مدارس انتخاب‌شده دانش‌آموزان مورد غربالگری قرار گرفتند. بعد از گزینش این دانش‌آموزان، مادران آنها بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و سپس توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش به آنها ارائه شد. پس از اخذ موافقت کتبی از مبنی بر شرکت در پژوهش، افراد به‌صورت تصادفی در گروه‌های مورد مطالعه قرار گرفتند. کلیه شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی و سیاهه رفتاری کودک آخنباخ- نسخه والدین قبل از شروع مداخله و سپس بلافاصله پس از اتمام دوره را تکمیل و انجام شد. گروه آزمایش مداخله مبتنی بر دلبستگی به مدت ۷ جلسه ۲ ساعته دریافت نمود. گروه کنترل ملاقات‌هایی با آزمونگر داشت، ولی درمان فعال و مشخصی روی آنها اجرا نشد. با فاصله دو هفته پس از اتمام مداخله، اقدام به جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون شد. در نهایت مجدداً افراد نمونه تحقیق بعد از یک دوره ۳ ماهه به پرسشنامه‌ها جهت پیگیری ثبات مداخله پاسخ دادند. ابزارهای پژوهش به شرح ذیل بود:

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی: هدف از این پرسشنامه، جمع‌آوری داده‌های جمعیت‌شناختی لازم به‌عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، زمینه آموزشی

و سابقه شغلی و همین‌طور سؤالاتی در مورد نحوه کنترل مشکلات کلی توسط مادر کودک مبتلا به اختلال نافرمانی بود.

سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (CBCL) - نسخه والدین: این سیاهه برای اولین بار در ایران توسط تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۱) ترجمه و هنجاریابی شده است. سیاهه رفتاری کودک آخنباخ از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ ASEBA بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/ افسردگی، انزوا/ افسردگی، شکایات‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برون‌سازی شده را تشکیل می‌دهند. سیاهه رفتاری کودک آخنباخ مشکلات عاطفی - رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶-۱۸ سال را از دیدگاه والدین مورد سنجش قرار می‌دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود. شیوه بالا سیاهه رفتاری کودک آخنباخ (سه نمره پهن‌بند (broad-band scores) شامل مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده، مشکلات برون‌سازی شده، مشکلات کلی نیز دارد. مقیاس مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده شامل گویه‌های خرده‌مقیاس‌های گوشه‌گیری/ افسردگی، شکایات جسمانی و مقیاس اضطراب/ افسردگی است. مقیاس مشکلات رفتاری برون‌سازی شده شامل گویه‌های خرده‌مقیاس‌های رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگری است. مقیاس مشکلات کلی شامل همه گویه‌ها به‌جز گویه‌های ۲ و ۴ (آلرژیک و آسم) است. ضرایب کلی اعتبار فرم‌های سیاهه رفتاری کودک آخنباخ با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی (انتخاب منطق سؤالات و استفاده از تحلیل کلاس یک سؤالات)، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبه روان‌پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس (CSI-4) و روایی سازه (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایزگذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است. در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون - بازآزمون با یک فاصله زمانی ۸-۵ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. به‌طور کلی در تحقیق مینایی (۱۳۹۵) این نتیجه حاصل شده است که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی - رفتاری کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله استفاده کرد.

خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات آموزش دلبستگی درمانی بر اساس پروتکل دلبستگی درمانی (بشارت، ۱۳۹۱) در جدول ۱ ارائه شد که در ادامه ذکر گردیده است.

جدول ۱. ساختار پروتکل آموزش دلبستگی درمانی، بشارت (۱۳۹۱)

جلسه	محتوا
اول	ابتدا اعضای گروه با یکدیگر و روانشناس آشنا می‌شوند، در ضمن نسبت به ضرورت حضور و شرایط شرکت در جلسات توافق به عمل می‌آید. نافرمانی مقابله‌ای کودکان و عوامل آن بیان می‌شود، همچنین در این جلسه پیرامون نقش محیط خانواده در سلامت روانی کودک، تأثیر جدایی‌های طولانی از مادر، احساسات کودک نسبت به محرومیت، ناکامی و خشم حاصل از آن بررسی می‌شود. در این جلسه پیش‌آزمون اجرا می‌شود.
دوم	ادامه مباحث جلسه قبل یعنی رابطه دلبستگی جوارجویی (تقرب) بحث می‌شود مبنی بر اینکه در کودکی تحت تأثیر جدایی از نگاره دلبستگی و بعدها بر اثر تهدید، بیماری یا خستگی فعال می‌شود. راجع به تدبیر عمومی مادر در ایجاد محیط پرورشی به‌منظور رشد کودک، مراقبت کودک و رشد محبت تبیین می‌شود. جهت تحول و رشد کودک از وابستگی رشد نیافته به وابستگی رشد یافته آموزش داده می‌شود. تشریح می‌شود که رفتار نشانه‌ای کودک برای جلب توجه و علاقه را نادیده نگیرند.
سوم	احساس ایمنی و رفتار اکتشافی ره‌آورد دلبستگی امن و مجاورت نگاره دلبستگی در ایام طفولیت و اوایل کودکی برای سلامت روان مهم است، مورد تبیین قرار می‌گیرد. آموزش داده می‌شود که والدین کودکان گاه با اخلال در بازی‌های شاد کودک و گاه با نادیده‌پنداشتن نشانه‌های آشکار استیصال، بی‌ثباتی رفتار خویش را ظاهر می‌سازند
چهارم	ویژگی‌های والدینی که دلبستگی ایمن در فرزندشان ایجاد می‌کنند، توصیف می‌شود. ضرورت محبت، ثبات، نظم و قابلیت اعتماد که آشکارا با عناصر پدر - مادری باکفایت گره خورده‌اند، بیان می‌شود.
پنجم	آزمون موقعیت ناآشنا را به‌منظور درجه‌بندی ایمنی دلبستگی کودک یک‌ساله نسبت به والدینش (مادر) آموزش داده می‌شود. آزمون خود توصیف‌گری اجرا می‌شود؛ کودکانی که به‌عنوان ایمن طبقه‌بندی شده‌اند در بیان داستانی منسجم از زندگی خود و توصیف وقایع دردناکی که تحمل کرده‌اند از کودکان نایمن - دلبسته تواناترند.
ششم	در این جلسه تشریح می‌شود که مادران پاسخگو زودتر از مادران ناپاسخگو بچه‌ها را در می‌یابند. گفتگوهای موفق مادر - کودک، انتقال از وضعیت نایمن به دلبستگی ایمن را امکان‌پذیر می‌سازد. توضیح داده می‌شود که مشکلات عاطفی از فرض‌های ناقص یا اشتباه و شکست واقعیت‌آزمایی در نتیجه پسخوراند ناقص ناشی شده به دور بسته الگوهای نوزدی خود - ماندگار منتهی می‌شوند.
هفتم	در حین مرور مباحث قبلی به روش‌های ایجاد شفقت درونی‌شده، فرصت آشکارسازی سوگ سرکوفته یا تعدیل خشم فروخته کودک از جدایی مادر، بر روند پیشرفت صمیمیت واقعی بین آنها، اهمیت تعامل دوستانه به‌عنوان یک علامت دلبستگی امن در زندگی تأکید می‌گردد. در این جلسه پس‌آزمون اجرا می‌شود.

#### یافته‌ها

بررسی فراوانی وضعیت تأهل، تحصیلات و درآمد در دو گروه، حاکی از یکسان بودن متغیرهای جمعیت‌شناختی در دو گروه (آزمون و کنترل) بود. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه در جدول ۱، ارائه شده است.



جدول ۱. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مشکلات برون‌سازی شده، درون‌سازی شده و مشکلات کلی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه کنترل		گروه آزمایش		موقعیت	متغیر وابسته
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۵۷	۳۱/۲۸	۰/۵۷	۳۰/۶۱	پیش‌آزمون	مشکلات برون‌سازی شده
۰/۶۴	۳۰/۴۲	۱/۳۷	۱۸/۲۶	پس‌آزمون	
۱/۰۱	۳۱/۶۹	۱/۰۲	۲۰/۵۰	پیگیری	مشکلات درون‌سازی شده
۵/۹۹	۵۵/۹۶	۲/۲۰	۵۶/۵۷	پیش‌آزمون	
۱۰/۰۲	۵۴/۳۰	۲/۲۱	۳۷/۴۶	پس‌آزمون	مشکلات کلی
۷/۹۷	۵۵/۴۶	۲/۳۴	۴۲/۹۶	پیگیری	
۳/۷۰	۵۹/۴۲	۴/۲۹	۵۸/۶۱	پیش‌آزمون	مشکلات کلی
۳/۰۹	۵۹/۲۶	۴/۱۱	۳۰/۳۴	پس‌آزمون	
۳/۰۲	۵۸/۸۸	۴/۳۹	۳۹/۵۷	پیگیری	

نتایج جدول ۱، نشان داد که در گروه کنترل بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته تفاوت محسوسی مشاهده نمی‌شود. همچنین بین پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایش نیز تفاوت فراوانی دیده نمی‌شود که این مطلب همگن بودن گروه آزمایش و کنترل را تأیید می‌کند. همچنین نتایج نشان می‌دهد که در گروه آزمایش میانگین نمرات مشکلات برون‌سازی شده، درون‌سازی شده و مشکلات کلی نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است که می‌تواند حاکی از اثربخشی آموزش گروهی دلبستگی درمانی باشد.

قبل از استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا داده‌های پژوهش به تفکیک گروه‌ها (کنترل-آزمایش) و موقعیت (پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری) از لحاظ نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو- ویلک بررسی شد که نتایج نشان داد که مفروضه نرمال بودن داده‌ها در ابعاد مشکلات رفتاری برون‌سازی شده، درون‌سازی شده و مشکلات کلی در موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال برخوردار است ( $P > 0.05$ ). همچنین عدم معنی‌داری آزمون لوین برای متغیر مشکلات برون‌سازی شده، درون‌سازی شده و مشکلات کلی، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است ( $P > 0.05$ ). به‌منظور آزمون مفروضه کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان‌دهنده همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس در متغیرهای پژوهش است ( $P > 0.05$ ). بنابراین از ردیف مربوط به فرض کرویت استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی دلبستگی درمانی به مادران بر نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذور	F	P	مجذور اتا
مشکلات برون‌سازی شده	گروه	۱۷۱/۱۳۰	۱	۱۷۱/۱۳۰	۵۱۱/۱۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۱۱
	زمان	۴۸۱/۶۵۴	۲	۲۴۱/۱۳۰	۳۱۸/۵۹۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴
	زمان × گروه	۲۷۸/۶۸	۲	۱۳۹/۳۴	۳۵/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱
مشکلات درون‌سازی شده	گروه	۲۲۳۲/۶۹۲	۱	۲۲۳۲/۶۹۲	۱۴۱/۲۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹
	زمان	۲۹۵۶/۹۳۶	۲	۲۵۹۴/۷۳۹	۵۷/۱۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳۳
	زمان × گروه	۱۲۲۳/۹۶	۲	۶۱۱/۹۸	۴۹/۳۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳۲
مشکلات کلی	گروه	۳۲۲/۳۵	۱	۳۲۲/۳۵	۲۳/۷۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۲
	زمان	۴۷۸/۳۲۱	۲	۲۷۲/۸۴۰	۱۷۴/۷۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷۷
	زمان × گروه	۴۳۰/۶۴۲	۲	۲۱۵/۳۲۱	۲۷/۵۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴

نتایج آزمون اثر بین گروهی در جدول ۲ نشان داد که در دو گروه آزمایش و کنترل در مشکلات رفتاری برون‌سازی شده ( $F = 511/163, P < 0/001$ )، مشکلات رفتاری درون‌سازی شده ( $P < 0/001$ )، مشکلات کلی ( $F = 141/282, P < 0/001$ ) و مشکلات کلی ( $F = 23/779, P < 0/001$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون اثر درون‌گروهی نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای مشکلات رفتاری برون‌سازی شده ( $P < 0/001$ )، مشکلات رفتاری درون‌سازی شده ( $F = 318/597, P < 0/001$ ) و مشکلات کلی ( $F = 57/145, P < 0/001$ ) معنادار است. اثر تعاملی زمان × گروه نیز بیانگر این است که بین دو گروه از لحاظ نمرات مشکلات رفتاری برون‌سازی شده، درون‌سازی شده و مشکلات کلی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ).

باهدف مشخص شدن ماهیت تفاوت متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت بررسی اثربخشی آموزش دلبستگی درمانی در طی زمان

دوره	مشکلات رفتاری		مشکلات رفتاری درونی		مشکلات کلی	
	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	خطای استاندارد
پیش‌آزمون	۰/۲۳۱	۰/۱۵۸	۰/۱۵۱	-۰/۹۶۲	۱/۲۵۳	۰/۴۴۷
پس‌آزمون	۵/۸۴۶	۰/۲۹۷	۰/۰۰۱	۲۵/۱۵۴	۲/۰۱۴	۰/۰۰۱
پیگیری	۴/۸۰۸	۰/۲۸۳	۰/۰۰۱	۱۸/۵۰۰	۱/۶۲۹	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد که در بین پیش‌آزمون در سه متغیر مشکلات رفتاری برون‌سازی شده، درون‌سازی شده و مشکلات کلی تفاوت معنادار وجود ندارد. اما در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری در هر سه متغیر مشکلات رفتاری برون‌سازی شده، درون‌سازی شده و مشکلات کلی وجود دارد ( $P < 0.001$ )؛ به عبارت دیگر اثر مداخله و زمان مورد تأیید قرار می‌گیرد. چنانچه به جدول ۱ تغییرات میانگین توجه شود، مشاهده می‌شود در موقعیت پیگیری، مشکلات رفتاری برون‌سازی شده و درون‌سازی شده، اندکی افزایش یافته‌اند؛ بنابراین ثبات مداخله برای این دو متغیر مورد تأیید قرار می‌گیرد.

#### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش دلبستگی درمانی به مادران بر نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان ۸ تا ۱۱ سال شهر شیراز انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش گروهی دلبستگی درمانی به مادران بر کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مؤثر است و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) است. این یافته تحقیق با نتایج تحقیقات اسکولر و همکاران (۲۰۱۴)، رولوفز و همکاران (۲۰۱۳)، مورتی و همکاران (۲۰۱۵)، ویلارینو و همکاران (۲۰۱۷) که نشان دادند والدین کودکان دارای مشکلات رفتاری، به ویژه کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی ارجاع داده شده به کلینیک، استرس بیشتری را در خانواده‌ها و نقش والدینی‌شان گزارش می‌کنند، همخوانی دارد. ریلی، احمد، لوک ۱ (۲۰۱۶) بیان کردند که آسیب‌پذیری کودکان اختلال نافرمانی نسبت به محیط اطراف و تهدیدآمیز تلقی کردن وقایع که ناشی از وجود رابطه‌های نایمن است، باعث می‌شود که این کودکان برای کنترل محیط‌شان به یک سری آداب و اعمال تشریفاتی متوسل شوند که نهایتاً منجر به بروز علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در آنها می‌گردد. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت یکی از دلایل مهمی که درمان مبتنی بر دلبستگی در بهبود علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کاهش سوگیری شناختی کودکان تأثیر داشت، این بود که حساسیت مادر نسبت به نیازها و حالات روحی کودک در طول دوره درمانی بالا رفت و میزان پاسخگویی مادر نسبت به این نیازها بیشتر شد. این هیجانات مثبت نیز به نوبه خود، منجر به کاهش حس آسیب‌پذیری کودک نسبت به محیط و اطرافیانش شد. به عبارت دیگر، به دلیل رفتارهای بی‌ثبات و غیر پاسخگوی والدین کودکان اختلال نافرمانی، این کودکان همیشه نسبت به خود و نظری که اطرافیان نسبت به آنها دارند با تضاد مواجه‌اند. آن‌ها نمی‌دانند که توسط اطرافیانشان دوست داشته می‌شوند یا نه. در نتیجه، این کودکان به‌طور مداوم در حال نظارت خودشان هستند و نشخوارهای فکری زیادی را تجربه می‌کنند. به همین دلیل نیز در حین درمان بر این عوامل تمرکز شد تا حس دوگانه کودکان نسبت

به خودشان کاهش یابد و نشخوارهای فکری کمتری را تجربه کنند و برای ایمن کردن خود کمتر به رفتارهای تشریفاتی پناه برند. در تبیینی دیگر، دلیل بهبود رفتار کودک را بعد از درمان با محوریت دلبستگی می‌توان بدین صورت بیان کرد که بعد از درمان رفتارهای مداخله‌گرانه و مزاحم مادر کاهش پیدا می‌کند، اجتناب مادر از کودک کم می‌شود و مادر تلاش می‌کند تا رفتارهای تهدیدآمیز خود را کم کند. چون همه این رفتارها برای کودک غیرقابل پیش‌بینی است و حاکی از عدم حساسیت مادر در ارتباط با کودک است، کاهش این رفتارها باعث می‌شود که کودک به رفتار مادر اعتماد بیشتری کند، وقایع را کمتر تهدیدآمیز قلمداد کند، خود را ایمن‌تر احساس کند و مشکلات رفتاری‌اش کمتر شود (اسکولر و همکاران، ۲۰۱۴). نکته قابل توجه این است که افزایش حساسیت مادرانه بر روی فرآیندهای توجهی مادر اثر می‌گذارد و باعث می‌شود که رفتارهای فعلی کودک خود را بهتر درک کند. این فرایند باعث می‌شود که کودک نیز توجهش را به جای اینکه بر منابع تهدید متمرکز کند بر مادر که یک منبع ایمن برای اوست متمرکز کند. این فرایندها نه تنها تمرکز توجه کودک را نسبت به تهدیدات کم می‌کند بلکه به او کمک می‌کند تا تعبیر و تفسیر مثبت‌تری از وقایع داشته باشد (کالانان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به مطالب ذکر شده مشخص می‌شود که درمان مبتنی بر دلبستگی که هدف اصلی آن افزایش حساسیت و پاسخگویی مادرانه است نه تنها در کاهش ادراک تهدید کودکان اثر دارد بلکه می‌تواند علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای آنها را نیز کاهش دهد. درمان مبتنی بر دلبستگی بلوک‌های سازنده دلبستگی ایمن شامل حساسیت والدینی، مشارکت و روابط متقابل، عملکرد بازتابی والدینی و پاسخ‌های سازنده و مدیریتی و تنظیم عاطفه پویا را هدف قرار می‌دهد. با انجام این کار، تغییر در حوزه‌های متعدد عملکرد والدین و کودک اتفاق می‌افتد. افزایش حساسیت والدینی و ظرفیت ورود به دنیای روان‌شناختی کودک، ویژگی‌های واکنشی و خصمانه نسبت به رفتار مشکل‌آفرین او را کاهش داده و در نتیجه از تشدید تعاملات قهری جلوگیری می‌کند و موجب تسهیل نظم‌جویی هیجان سالم و افزایش همکاری والد - کودک در حوزه‌های مختلف عملکرد کودک می‌شود (مورتی و همکاران، ۲۰۱۵). در مجموع با توجه به نتایج و بحث مذکور می‌توان گفت که درمان مبتنی بر دلبستگی در کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر است، و این به دلیل بهبود عوامل موجود در رابطه مادر - کودک است که در برنامه درمان مبتنی بر دلبستگی در نظر گرفته می‌شود. از جمله این عوامل حساسیت والدینی در پاسخ به نیازها و هیجان‌ات کودک، نگرش مثبت به رفتارهای کودک، و تقویت مدیریت والدین است. از آنجاکه این عوامل در رابطه والد - کودک در ایجاد یا تشدید علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای نقش دارد، بنابراین تلاش به‌منظور بهبود و تقویت این عوامل و بهبود رابطه والد - کودک کاهش علائم را در بر دارد.

در پژوهش حاضر، همانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر، محدودیت‌هایی وجود داشت. برخی از محدودیت‌های این پژوهش عبارتند از: نمونه پژوهش حاضر منحصر به منطقه جغرافیایی خاص، با تعداد

۱. Callanan

محدود و به صورت داوطلبانه و مبتنی بر هدف بوده است. شرایط یادشده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. همچنین استفاده از یک درمانگر و کمک وی در ارزیابی اولیه، ارائه مداخله انجام شده در این پژوهش و ارزیابی ثانویه، می‌تواند سوگیری‌ها و محدودیت‌هایی را رقم زند و نیز یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از مطالعه مقطعی بود. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج دیگر تحقیقات نشان‌دهنده تأثیرات سبک دلبستگی والدین بر وضعیت روان‌شناختی کودکان است. با توجه به اهمیت سلامت روانی کودکان و همچنین تأثیرات دلبستگی درمانی بر بهبود وضعیت روان‌شناختی کودکان، نیاز است که مداخلات بیشتری در زمینه آموزش شیوه‌های سبک‌های دلبستگی برای والدین در نظر گرفته شود و همچنین برنامه‌ریزی‌های آینده‌نگری برای ایجاد سازوکارهایی در راستای افزایش استفاده از روش دلبستگی درمانی در کشور ایران که تاکنون مغفول مانده است، صورت گیرد. با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود از طریق مراکز مشاوره والدین با ماهیت اختلال نافرمانی، سبب‌شناسی آن و عواملی که سبب تقویت یا کاهش آن می‌شوند از جمله عوامل درمانی آشنا شوند. همچنین غربالگری و شناسایی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مراحل اولیه تشخیص و درمان ارجاع آن‌ها به روانشناس نیز می‌تواند جهت پیشگیری و کاهش مشکلات روانی این گروه مؤثر باشد.

#### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از همکاری مادران عزیز دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین حمایت‌های مسئولان آموزش و پرورش و مدیران مدارس شهر شیراز کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند. این پژوهش با شناسه اخلاق IR.BPUMS.REC.1399.170 در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به تصویب رسیده است.

#### References

- Ablin, J. N., & Wolfe, F. (2017). A comparative evaluation of the 2011 and 2016 criteria for fibromyalgia. *The Journal of Rheumatology*, 44(88): 1271-1276.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth* شمار. United States: American Psychiatric Association.
- Callanan, M.A., Legare, C. H., Sobel, D. M., Jaeger, G. J., Letourneau, S., McHugh, S. R., et al. (2020). Exploration, explanation, and parent-child interaction in museums. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 85(1):7-137.
- Chen, H., Lin, X., Allen Heath, M., & Ding, W. (2020). Family violence and oppositional defiant disorder symptoms in Chinese children: The role of

- parental alienation and child emotion regulation. *Child & Family Social Work*, 25(4): 964-972.
- Crestani, F. (2018). Medical cannabis for the treatment of oppositional defiant disorder. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 24(5), 281.
- Di Tella, M., & Castelli, L. (2016). The secure attachment style oriented psycho-educational program for reducing intolerance of uncertainty and academic procrastination. *Current Psychology*, 1-14.
- Dias, M. S., Rottmund, C. M., Cappos, K. M., Reed, M. E., Wang, M., Stetter, C., & et al. (2017). Association of a postnatal parent education program for abusive head trauma with subsequent pediatric abusive head trauma hospitalization rates. *JAMA pediatrics*, 171(3), 223-229.
- Dubey, A., Pandey, R., & Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *Indian Journal of Social Science Research*, 7(1), 20-31.
- Egan, R., Wilsie, C., Thompson, Y., Funderburk, B., Bard, E. (2020). A community evaluation of Parent-Child Interaction Therapy for children with prenatal substance exposure. *Children and Youth Services Review*, 116: 105239.
- Galvez-Sánchez, C. M., Reyes Del Paso, G. A., & Duschek, S. (2018). Cognitive impairments in oppositional defiant disorder: Associations with positive and negative affect, alexithymia, pain catastrophizing and self-esteem. *Frontiers in Psychology*, 9, 377.
- Goldsmith, D. F. (2010). The emotional dance of attachment. *Clinical Social Work Journal*, 38(1), 4-7.
- Kawabata, Y., Alink, L.R.A., Tseng, W-L., van Ijzendoorn, M.H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31(4), 240-278.
- King, M. G., & Newnham, K. (2008). Attachment disorder, basic trust and educational psychology. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 8, 27-35.
- Moretti, M. M., Obsuth, I., Craig, S. G., & Bartolo, T. (2015). An attachment-based intervention for parents of adolescents at risk: mechanisms of change. *Attachment & Human Development*, 17(2), 119-135.
- Riley, M., Ahmed, S., & Locke, A. (2016). Common questions about oppositional defiant disorder. *American Family Physician*, 93(7), 586-591.
- Roelofs, J., Onckels, L., & Muris, P. (2013). Attachment quality and psychopathological symptoms in clinically referred adolescents: The

- Mediating role of early maladaptive schema. *Journal of Child and Family Studies*, 22(3), 377-385.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry* (11th ed). New York: Wolters Kluwer.
- Schueller, S., Kashdan, T., & Parks, A. (2014). Synthesizing positive psychological interventions: Suggestions for conducting and interpreting meta-analyses. *International Journal of Wellbeing*, 4(1), 91-98.
- Steptoe, A., Wikman, A., Molloy, G. J., Messerli-Burgy, N., & Kaski, J. C. (2013). The academic, behavioral, and mental health status of children and youth at entry to residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(4), 359-374.
- Sudbery, J., Shardlow, S. M., & Huntington, A. (2010). To have and to hold: Questions about a therapeutic service for children. *British Journal of Social Work*, 40(5).
- Vilarino, G. T., Sieczkowska, S. M., & Coimbra, D. R. (2017). The association between environmental lead exposure with aggressive behavior, and dimensionality of direct and indirect aggression during mid-adolescence: Birth to Twenty Plus cohort. *Science of the Total Environment*, 612, 472-479.
- Wach, J., Letroublon, M. C., Coury, F., & Tebib, J. G. (2016). Fibromyalgia in spondyloarthritis: effect on disease activity assessment in clinical practice. *The Journal of Rheumatology*, 43(11):2056-2063.
- Wilke, W. S. (2018). Polygenic Risk for Traumatic Loss-related PTSD in US Military Veterans: Protective Effect of Secure Attachment Style. *The World Journal of Biological Psychiatry*, (just-accepted), 1-24.
- Woolf-King, S. E., Anger, E., Arnold, E. A., Weiss, S. J., & Teitel, D. (2017). Mental health among parents of children with critical congenital heart defects: A systematic review. *Journal of the American Heart Association*, 6(2), 12-21.

## The Effectiveness of Attachment Therapy on Mothers on Symptoms Oppositional Defiant in Children

*Hoda malekzadeh*<sup>1</sup>

*Ezat deyreh*<sup>2</sup>

*Naser Amini*<sup>3</sup>

*Mohammad Narimani*<sup>4</sup>

### Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of attachment therapy to mothers on the symptoms of oppositional defiant in children aged 8 to 11 years in Shiraz. The research method was quasi-experimental with pre-test-post-test design and control group and follow-up stage. The research sample consisted of 40 mothers of primary school male students in the academic year of 2019-2020 in Shiraz who were randomly and assigned into the experimental group (20 people) and control group (20 people). Demographic questionnaires and Achenbach's child behavioral checklists of patents were used to collect data. The results showed that there was a significant difference between pre-test and post-test in three variables of externalized problems, internalized behavioral problems and general problems ( $P < 0.001$ ). There is also a significant difference between the pre-test-follow-up in all three variables ( $P < 0.001$ ) and also there is a significant difference between post-test and follow-up in the two variables of externalized problems and internalized behavioral problems ( $P < 0.001$ ). Based on the findings, it can be said that teaching attachment therapy to mothers is effective in reducing

---

<sup>۱</sup> P.H.D Student of Psychology Department, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

<sup>۲</sup> Assistant Professor of Psychology Department, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

<sup>۳</sup> Assistant Professor of Psychology Department, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

<sup>۴</sup> Academic Tenure of Psychology Department, University of Mohaghegh Ardebili, Ardebil, Iran.



the symptoms of oppositional defiant in children aged 8 to 11 years and this type of intervention can be used in medical centers for children with behavioral problems.

**Keywords:** Attachment Therapy, Internalization problems, Externalization problems.