

## رابطه مشکلات دلبستگی با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان

خلیل اسماعیل پور<sup>۱\*</sup>، افروز میر<sup>۲</sup>، احمد زارعی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۳/۰۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۶/۱۲

### چکیده

**زمینه و هدف:** با توجه به شیوع بالای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان و پیامدهای بعدی این اختلال، هدف مطالعه حاضر بررسی رابطه مشکلات دلبستگی با شدت علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان دبستانی بود.

**روش:** طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه آماری دانش‌آموزان مدارس ابتدایی منطقه ۴ آموزش و پرورش شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ را شامل می‌شد. شرکت‌کنندگان تعداد ۲۲۹ نفر (۱۱۹ دختر، ۱۱۰ پسر) از کودکان در دامنه سنی ۶-۱۱ ساله بودند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و از والدینشان خواسته شد مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (هومرسن و همکاران، ۲۰۰۶) و پرسشنامه دلبستگی میان‌خویشاوندی (کاپنبرگ و هالپرن، ۲۰۰۶) را در رابطه با کودک خود تکمیل کنند. داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین مؤلفه‌های مربوط به مشکلات دلبستگی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجود دارد ( $p < 0/01$ ) و مشکلات دلبستگی پیش‌بین قوی برای شدت علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان دبستانی است؛ به طوری که این مؤلفه‌ها توانستند ۴۰ درصد واریانس رفتارهای مقابله‌ای کودکان را تبیین کنند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، همسو با نظریه دلبستگی بالبی، نقش دلبستگی در اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأیید می‌شود. تلویحات تشخیصی و درمانی مشکلات دلبستگی برای درمان کودکان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مقاله بحث شده است.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال نافرمانی مقابله‌ای، دلبستگی، رابطه مادر - کودک

۱. \* نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (Khalil\_sma@yahoo.com)

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

## مقدمه

یکی از اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۱</sup> است که از علل رایج ارجاع کودکان به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره است (۱ و ۲). این اختلال به‌عنوان یکی از مجموعه اختلال‌های رفتاری مخرب و از شایع‌ترین اختلال‌های برون‌نمود<sup>۲</sup> است. افراد مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگوی مداوم رفتار منفی گرایانه، نافرمانی و خصمانه در مقابل چهره‌های قدرت نشان می‌دهند، به‌طوری که این نوع رفتارها در طول یک دوره حداقل ۶ ماهه قابل تشخیص باشد و به کنش‌وری فردی، اجتماعی یا تحصیلی فرد آسیب بزند (۳). بیشترین تشخیص این اختلال معمولاً قبل از سن ۸ سالگی است و نوعاً دیرتر از اوایل نوجوانی بروز نمی‌کند (۴ و ۵). مطالعات همه‌گیرشناسی در جمعیت‌های غیربالیینی حاکی از آن است که این رفتارها در ۱۶ تا ۲۲ درصد کودکان سنین مدرسه دیده می‌شود (۴). اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سن پیش‌دبستانی تا دبستان و اوایل نوجوانی ثبات زیادی دارد (۶ و ۷).

کودکان با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند (۸)، در روابط بین‌فردی ضعیف هستند، دارای مشکلات توجه و نارسایی در کنش‌های اجرایی هستند، و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی، و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگسالان هستند (۴ و ۹). به‌علاوه اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان، هم با اختلال‌های درون‌نمود<sup>۳</sup> و هم با اختلال‌های برون‌نمود مرتبط هستند و پیش‌بین مشکلات درازمدت مثل افسردگی، اختلال نارسایی توجه - فزون‌کنشی<sup>۴</sup> و اختلال رفتار هنجاری<sup>۵</sup> هستند (۷).

یکی از اولین و بادوام‌ترین عوامل در تحول و تکامل شخصیت افراد، خانواده است. از عوامل تأثیرگذار بر بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز می‌توان به تعاملات والد-کودک اشاره کرد (۱۰). به نظر می‌آید یک رابطه دوطرفه بین تعارض

والد - کودک و رفتارهای برون‌نمود وجود دارد و ثبات تعارض والد - کودک و رفتارهای برون‌نمود در طول زمان، زیاد است (۱۱). مطالعات بسیاری ارتباط قوی بین تعاملات متعارض / منفی والد-فرزند و اختلال‌های برون‌نمود بعدی کودکان را نشان داده‌اند (۱۵-۱۲). کودکان مبتلابه اختلال نافرمانی مقابله‌ای در ابتدا با عامل‌های خطر خانوادگی مشخص می‌شوند (۱۶). به‌عنوان مثال، انضباط بی‌ثبات<sup>۶</sup> والدین (به‌عنوان یکی از شیوه‌های والدگری<sup>۷</sup> ضعیف) عاملی مؤثر در رابطه بین پرخاشگری فعال<sup>۸</sup> کودکان و علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. به‌عبارت‌دیگر، کودکان پرخاشگر فعال در صورت بی‌ثباتی انضباط والدینی، از رفتارهای منفی برای نیل به اهداف خویش استفاده می‌کنند (۱۷). در مطالعه کانینگهام و بویل (۱۸) مادران کودکان در خطر اختلال نافرمانی مقابله‌ای، نارساکنش‌وری خانوادگی بیشتری گزارش کردند و احساس شایستگی کمتری به‌عنوان والد داشتند. شیوه‌های والدگری و عامل‌های خانوادگی، ظهور اولیه (۱۹ و ۲۰)، ثبات طولانی‌مدت علائم اختلال‌های برون‌نمود (۲۱ و ۲۲)، و تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای را پیش‌بینی می‌کنند (۲۳).

یکی از نظریه‌هایی که به ارتباط‌های والد-کودک و نقش آن در اختلال‌های بعدی کودکان در طول دوران تحول پرداخته است، نظریه دلبستگی<sup>۹</sup> است. نظریه دلبستگی به دانش ما درباره پیوندهای بین تجربه‌های اولیه کودکان با مراقبان و عملکرد و سازش‌یافتگی اجتماعی و عاطفی بعدی کمک می‌کند (۲۴). فرمول‌بندی بالبی<sup>۱۰</sup> از نظریه دلبستگی بیانگر این است که تجربه‌های اولیه مخرب در ارتباط‌های والد-کودک می‌تواند در فرآیندهای عملکردی و ارتباط‌های کودکان تنظیم شود، طوری که عملکرد روانی بعدی را تحت تأثیر قرار خواهد داد (۲۵). در مطالعه‌ای که اسپلتر، گرینبرگ و دی‌کلاین (۲۶) بر روی کودکان سن مدرسه دارای مشکلات

6. Inconsistent discipline  
7. Parenting  
8. Proactive aggression  
9. Attachment  
10. Bowlby

1. Oppositional defiant disorder  
2. Externalizing disorders  
3. Internalizing disorders  
4. Attention deficit/ hyperactivity  
5. Conduct disorder

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** این پژوهش توصیفی از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه مورد مطالعه دانش آموزان دبستانی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود. بعد از اخذ مجوزهای لازم از کمیته فنی و اخلاقی سازمان آموزش و پرورش افراد نمونه از بین دانش آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی منطقه ۴ آموزش و پرورش شهر تبریز به شیوه خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین ترتیب که از بین مدارس ابتدایی آن منطقه تعداد ۳ مدرسه دخترانه و ۳ مدرسه پسرانه و در هر مدرسه از هر پایه تحصیلی اول تا پنجم، یک کلاس انتخاب شد. به طوری که در مجموع ۲۲۹ نفر از دانش آموزان (۱۱۹ دختر و ۱۱۰ پسر) در این مطالعه شرکت داشتند. دامنه سنی کودکان ۶ تا ۱۱ با میانگین سنی  $7.3 \pm$  سال، و دامنه سنی مادران آنها ۲۴ تا ۵۰ سال با میانگین سنی  $35.1 \pm$  بود. پرسشنامه‌ها با همکاری معاونین و مدیر مدارس به همراه نامه‌ای در اختیار خانواده قرار می‌گرفت که با بیان هدف پژوهش و جلب رضایت کامل آنها، از مادران خواسته شده بود به مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۱</sup> و پرسشنامه دل‌بستگی میان‌خویشاوندی<sup>۲</sup> در رابطه با کودک خود پاسخ دهند.

## ب) ابزار

۱. مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای: این مقیاس توسط هومرسن، مورای، اوهان و جانستون (۷) برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای ساخته شده است. این مقیاس شامل ۸ نشانه اختلال نافرمانی مقابله‌ای و منطبق با ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا است. والدین هر نشانه‌ای که کودکان را در طول ۶ ماه گذشته توصیف می‌کند در یک مقیاس ۴ درجه‌ای (۰= هرگز، ۱= فقط کمی، ۲= تاحدی زیاد و ۳= خیلی زیاد) رتبه‌بندی می‌کنند. ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی توسط سازندگان ۰/۹۲ به دست آمد. این مقیاس توسط

برون‌نمود انجام دادند، ۸۴ درصد این کودکان از نظر دل‌بستگی به‌عنوان نایمن طبقه‌بندی شدند، درحالی‌که تنها ۲۸ درصد گروه مقایسه دارای سبک نایمن بودند. پژوهشگران رفتارهای کودکان دارای دل‌بستگی آشفته- نابسامان را به‌صورت نافرمان و مقابله‌ای توصیف کرده‌اند (۲۷). علاوه بر این مطالعات نشان داده‌اند که کودکان دارای سبک دل‌بستگی اجتنابی، اطاعت کمتری از دستورالعمل‌های معلمان و قوانین داشته و هیجانات منفی بیشتری ابراز می‌کنند. همچنین این کودکان توسط معلمانشان تکانشگرتر و متخاصم‌تر ارزیابی شدند (۲۸).

شواهد نشان می‌دهد مداخله‌هایی که دل‌بستگی را هدف قرار می‌دهند، مثل مداخله‌هایی که در آنها مادران تحت درمان مبتنی بر دل‌بستگی قرار می‌گیرند، آشکارا علائم نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان آنها کاهش می‌دهند (۱). امنیت دل‌بستگی می‌تواند به‌عنوان عامل خطر یا حفاظت‌کننده برای اختلال‌های برون‌نمود عمل کند (۲۹). همچنین این عامل می‌تواند بهترین شاخص وضعیت بالینی را برای کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای فراهم آورد (۳۰).

به‌طور کلی، بررسی پیشینه پژوهشی حاکی از این است که درباره رابطه اختلال نافرمانی مقابله‌ای با اختلال‌های دل‌بستگی، پژوهشی یافت نمی‌شود و مطالعات با تکیه بر شواهد مربوط به طبقه کلی اختلال‌های برون‌نمود به تبیین این اختلال پرداخته‌اند؛ درحالی‌که از نظر نوع، فراگیر بودن و شدت علائم این اختلال با اختلال رفتار هنجاری تفاوت‌های زیادی دارد (۳ و ۴)؛ بنابراین، با توجه به آنچه گفته شد و از آنجایی که در پژوهش‌های قبلی تنها به دل‌بستگی نایمن، به‌صورت کلی و در کودکان مبتلا به اختلال‌های برون‌نمود پرداخته شده و به جزئیات مشکلات دل‌بستگی پرداخته نشده است، مطالعه حاضر در نظر دارد رابطه مشکلات دل‌بستگی را در شدت علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد بررسی قرار دهد.

## 1. Oppositional defiant disorder rating scale

## 2. Kinship center attachment questionnaire

دانشگاه علوم پزشکی تبریز از نظر محتوایی مورد بررسی قرار گرفت. سلیمانی، بشاش و لطیفیان (۳۳) در بررسی ویژگی‌های این پرسشنامه در مورد کودکان دبستانی شهر تهران، وجود چهار عامل را تأیید کردند. مطالعه آنها با به دست آوردن آلفای بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ و اعتبار بازآزمایی بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۱ برای خرده‌مقیاس‌های آن و روایی همگرا با ابزارهای مرتبط، مناسب بودن این پرسشنامه را برای این گروه سنی نشان داده است.

### یافته‌ها

ابتدا مقایسه رفتارهای نافرمانی مقابله‌ای در دو جنس انجام شد. نتیجه آزمون t نشان داد که تفاوت‌های موجود در دختران و پسران بر اساس متغیر رفتارهای مقابله‌ای معنی‌دار است ( $F=2/814$ ;  $p<0/01$ ) و پسران ( $M=7/07$ ;  $SD=3/80$ ) در مقایسه با دختران ( $M=5/63$ ;  $SD=3/89$ ) نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بیشتری داشتند.

برای دستیابی به هدف مطالعه، داده‌ها از طریق همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفت. جدول ۱ آماره‌های توصیفی گروه نمونه و همچنین ضرایب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش حاضر را ارائه می‌کند.

فرامرزی، عابدی و قبری (۲) بر روی دانش‌آموزان پایه‌های اول تا پنجم دبستان شهر اصفهان روایی سنجی و اعتباریابی شده است و ضریب همسانی درونی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب اعتبار آن به روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی این مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

۲. پرسشنامه دل بستگی میان‌خویشاوندی: این پرسشنامه توسط کاپنبرگ و هالپرن (۳۱) ساخته شده است. سازندگان این پرسشنامه آن را از این نظر که می‌تواند تغییرات دل بستگی را در طول زمان اندازه بگیرد ابزاری مناسب می‌دانند، در حالی که سایر پرسشنامه‌ها دل بستگی را به‌عنوان طبقات ثابت فرض می‌کنند. این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال ۴ گزینه‌ای است که به شیوه لیکرت (هرگز=۱ تا همواره=۴) نمره گذاری می‌شود. این ابزار دارای ۴ خرده‌مقیاس تکامل تطابقی مثبت (۶ سؤال)، رفتارهای منفی (۶ سؤال)، واکنش‌های هیجانی (۴ سؤال)، و دوری گزیدن از حمایت مراقب (۴ سؤال) است. اعتبار این پرسشنامه توسط سازندگان بر اساس همسانی درونی ۰/۸۵ و بر اساس دونیمه کردن ۰/۸۳ به دست آمد. این پرسشنامه به‌وسیله ارشدی، ولیزاده، باباپور خیرالدین و شاملی (۳۲) به فارسی ترجمه شد و توسط ۱۰ نفر از استادان و اعضای هیئت‌علمی

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در گروه نمونه (تعداد: ۲۲۹)

رفتارهای مقابله‌ای	دوری گزیدن از حمایت مراقب	واکنش هیجانی	رفتارهای منفی	تکامل تطابقی مثبت	SD	M	
				۱	۲/۵۶	۱۹/۷۲	تکامل تطابقی مثبت
			۱	-۰/۲۵۴**	۱/۷۱	۶/۶۲	رفتارهای منفی
		۱	۰/۱۸۴**	-۰/۱۷۷**	۲/۰۳	۷/۶۴	واکنش هیجانی
	۱	۰/۳۱۶**	۰/۱۹۹**	-۰/۲۰۷**	۱/۷۰	۶/۷۵	دوری گزیدن از حمایت مراقب
۱	۰/۴۴۹**	۰/۴۷۷**	۰/۳۱۸**	-۰/۳۵۸**	۳/۹۱	۶/۳۳	نافرمانی مقابله‌ای

\*\* $P<0/01$

### 1. Reliability

مراقب با نافرمانی مقابله‌ای رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. البته همبستگی درونی بین خرده‌مقیاس‌های دلبستگی پایین‌تر از متوسط است.

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود بین تکامل تطابقی مثبت و نافرمانی مقابله‌ای رابطه مثبت معنی‌دار و بین رفتارهای منفی، واکنش هیجانی، و دوری‌گزیدن از حمایت

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه رفتارهای مقابله‌ای با توجه به مشکلات دلبستگی

شاخص دوربین-واتسون	سطح معناداری	F	خطای استاندارد بر آورد	R <sup>2</sup> تعدیل شده	R <sup>2</sup>	R
۲/۰۸۶	<۰/۰۰۱	۳۷/۲۸۶	۰/۰۵۷	۰/۳۸۹	۰/۴۰۰	۰/۶۳۲

احتمال هم‌خطی چندگانه وجود ندارد؛ بنابراین با توجه به برقراری مفروضه‌های رگرسیون چندگانه از تحلیل رگرسیون چندگانه برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مدل رگرسیون چندگانه معنی‌دار بود ( $F=37/286$ ,  $p<0/001$ ) و مؤلفه‌های مربوط به آسیب‌های دلبستگی در مجموع توانستند ۴۰ درصد واریانس رفتارهای مقابله‌ای کودکان را تبیین کنند ( $R^2=0/40$ ).

برای بررسی نقش مؤلفه‌های مربوط به مشکلات دلبستگی در رفتارهای مقابله‌ای از رگرسیون چندگانه استفاده شده است. ابتدا مفروضه‌های آزمون رگرسیون چندگانه بررسی شد. شاخص دوربین واتسون (جدول ۲) برابر ۲/۰۸۶ بود و فرض استقلال باقی‌مانده‌ها پذیرفته می‌شود. همچنین از آنجاکه از شاخص‌های هم‌خطی چندگانه، شاخص تحمل در همه موارد به ۱ نزدیک‌تر بوده و شاخص تورم واریانس از ۲ کمتر است،

جدول ۳: ضرایب رگرسیون پیش‌بینی رفتارهای مقابله‌ای با توجه به مؤلفه‌های مربوط به مشکلات دلبستگی

هم‌خطی چندگانه		Sig.	t	ضرایب	ضرایب غیر استاندارد		متغیرهای پیش‌بین
VIF	Tolerance			استاندارد	Std. Error	B	
		۰/۶۰۸	۰/۵۱۳		۲/۳۰۱	۱/۱۸۲	ثابت
۱/۱۰۹	۰/۹۰۲	<۰/۰۰۱	-۳/۷۶۰	-۰/۲۰۵	۰/۰۸۳	-۰/۳۱۲	تکامل تطابقی مثبت
۱/۱۰۸	۰/۹۰۲	۰/۰۰۶	۲/۷۸۱	۰/۱۵۲	۰/۱۲۴	۰/۳۴۶	رفتارهای منفی
۱/۱۴۰	۰/۸۷۷	<۰/۰۰۱	۵/۸۹۸	۰/۳۲۶	۰/۱۰۶	۰/۶۲۶	واکنش‌های هیجانی
۱/۱۵۷	۰/۸۶۴	<۰/۰۰۱	۴/۷۰۸	۰/۲۷۳	۰/۱۲۸	۰/۶۲۷	دوری‌گزیدن از حمایت مراقب

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی رابطه مشکلات دلبستگی با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. نتایج نشان داد که مشکلات دلبستگی با علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای رابطه دارد. به‌این ترتیب که تکامل تطابقی مثبت با کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای و رفتارهای منفی، واکنش‌های هیجانی، و دوری‌گزیدن از حمایت مراقب با افزایش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای مرتبط است. بر اساس نتایج پژوهش، مشکلات دلبستگی عامل پیش‌بین خوبی برای شدت علائم

ضرایب رگرسیون مربوط به همه متغیرهای پیش‌بین (جدول ۳) نشان می‌دهد که تکامل تطابقی مثبت با ضریب بتای ۰/۲۰۵- و رفتارهای منفی، واکنش‌های هیجانی، و دوری‌گزیدن از حمایت مراقب با ضریب بتای ۰/۱۵۲، ۰/۳۲۶ و ۰/۲۷۳ به ترتیب، نقش منفی و مثبت در رفتارهای مقابله‌ای کودکان دارند.

پیشنهاد کردند که کودکان در کلامی سازی احساس فقدان مشکل دارند و احتمالاً به صورت رفتاری و با اعمال مدیریت بر محیط بلاواسطه خود واکنش نشان می دهند و از این طریق قادر به بیان احساسات و به دست آوردن کمی مهار در تعاملات خود با بزرگسالان هستند (۳۶).

همسو با تأثیر مدل های دلبستگی بر اختلال نافرمانی مقابله ای، نتایج داده های طولی شاو و همکاران (۱۶) در مطالعه مسیرهای تحولی اختلال های برون نمود بر اهمیت محیط مراقبتی دوران نوزادی و کودکی تأکید دارد. طبق یافته های مطالعه آنها کودکان گروه اختلال نافرمانی مقابله ای با عوامل خطر خانوادگی (مثل افسردگی مادر و والدگری طرد کننده) مشخص می شوند. در سایر مطالعات کیفیت پایین تعامل مادر- کودک و دلبستگی دوسو گرای کودک، مشکلات بالینی برون نمود را پیش بینی می کنند (۳۷). همچنین کودکان دارای دلبستگی آشفته سطوح پایین تر توافق و سطوح بالای مشکلات برون نمود را نشان می دهند. این کودکان نسبت به کودکان دلبسته ایمن مشارکت کمتر و سطوح عاطفی پایین تر نسبت به مادران خود دارند و میانگین ارزیابی های مادر و معلم درباره همه انواع رفتارهای برون نمود، نسبت به میانگین کودکان دلبسته ایمن، بیشتر است (۳۸). پینتو (۳۹) در نوجوانان دارای اختلال های رفتار مخرب به بررسی شاخص های رورشاخ که نیازهای دلبستگی را منعکس می کنند، پرداخت. وی این رفتارها را به دو گروه پرخاشگر و غیر پرخاشگر/ بزهاکار تقسیم کرد، که رفتارهای پرخاشگرانه گروه اول در اوایل کودکی و با رفتارهای مقابله ای شروع شده بود و رفتارهای پرخاشگرانه گروه دوم در اوایل نوجوانی و با فرار از مدرسه، سوء مصرف مواد، قانون شکنی و... مشخص می شد. نتایج نشان داد که هر دو گروه دارای آسیب هایی در دلبستگی بودند، ولی هیچ تفاوت بین گروهی در شاخص های رورشاخ یا در ارزیابی های آزمودنی ها از دلبستگی خود به والدین مشاهده نشد. نتایج این مطالعه اشاره دارد که مشکلات دلبستگی نه فقط در اختلال نافرمانی مقابله ای بلکه در اختلال رفتار هنجاری که

اختلال نافرمانی است. این یافته ها به نوعی با نتایج پژوهش های قبلی که دلبستگی را در کودکان مبتلا به اختلال های برون نمود (۲۶ و ۲۹) و کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای (۳۰) مطالعه کرده اند، همسو است. همچنین این یافته با توصیف مین و سولومون از رفتارهای کودکان دارای دلبستگی آشفته- نابسامان به صورت نافرمان و مقابله ای (۲۷) و همچنین با مطالعه اریکسون، سروف و ایگلند (۲۸) که نشان دادند کودکان دارای سبک دلبستگی اجتنابی، اطاعت کمتری از دستورات و قوانین داشتند، همسو است. البته در مطالعه حاضر به جای طبقات دلبستگی، مشکلات مربوط به مؤلفه های تحولی دلبستگی مطالعه شده است، و برای گسترش شواهد پژوهشی انجام مطالعات بعدی مؤثر خواهد بود.

نتایج مطالعه حاضر همچنین تفاوت معناداری در شدت رفتار مقابله ای دخترها و پسرها نشان داد که با شواهد به دست آمده از پژوهش های دیگر همسو است. برای مثال، فیرون، بیکرمنز- کراننبرگ و ون ایجزندورن (۳۴) اندازه اثر بزرگ تری برای نمونه بالینی پسران گزارش کردند.

مطالعات بر اثرات تحولی دلبستگی تأکید داشته اند. طبق نتیجه مطالعه اسکات، بیرسکمن، وولگر، هومایون و اوکانر (۳۵) تظاهرات دلبستگی به طور پایایی با شاخص های کلیدی سازش یافتگی روان شناختی در نوجوانان، از جمله علائم اختلال نافرمانی مقابله ای مرتبط است. اسپلتز و همکاران (۳۰) در مطالعه خود امنیت دلبستگی را مبتنی بر مشاهدات تعاملات مادر- کودک در طول جدایی و بازگشت ارزیابی کردند. نتایج آنها نشان داد که این ارزیابی ها از امنیت دلبستگی، بهترین شاخص وضعیت بالینی و مدل کمک کننده ای برای پیش بینی ارجاع بالینی در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای است. در یک مطالعه موردی مربوط به رفتارهای دختر ۴ ساله دارای اختلال نافرمانی مقابله ای که پدرش در ارتش، به خارج مرزها اعزام شده بود، دلیل بالقوه شروع زودرس اختلال نافرمانی مقابله ای، نارسایی در دلبستگی والد- کودک گزارش شده بود. پژوهشگران این پژوهش

هیجانی - رفتاری محسوب می‌شوند و همچنین با توجه به اینکه اختلال نافرمانی مقابله‌ای اغلب با حرمت خود پایین، بی‌ثباتی خلق، و تحمل پایین کام‌نیافتگی همراه است (۴۵)، می‌توان علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای را به‌عنوان مشکلات تنظیم هیجانی و به‌عبارت‌دیگر به‌عنوان مجموعه علائم مرتبط با مشکلات دلبستگی توصیف کرد.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با نتایج مطالعاتی که در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای از برنامه‌های آموزش والدین استفاده کرده‌اند، همسو است. در این نوع مداخلات از طریق درمان مبتنی بر دلبستگی (۱) و آموزش اصول رفتاری بنیادی مربوط به مهارت‌های مدیریت مثبت کودک به والدین (۴۶) علائم نافرمانی مقابله‌ای کودکان کاهش می‌یابد. به‌طور کلی، بسیاری از برنامه‌های آموزش والدین به‌طور مستقیم مهارت‌های ارتباطی والد-کودک را هدف قرار می‌دهند (۴۶). به‌عنوان مثال، باهل، اسپالدینگ و مک‌نیل (۴۷) در کار با یک کودک ۶ ساله با تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان دادند که درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک نقش به‌سزایی در کاهش رفتارهای مخالفت‌ورزی و دیگر رفتارهای مخرب کودک نافرمان دارد. فرامرزی و همکاران (۲) نیز نشان دادند که آموزش شیوه‌های ارتباطی والدین بر کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیرگذار است.

بنابراین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و مطالعات قبلی، و همچنین با عنایت به مطالعات محدودی که اثربخشی مداخلات مبتنی بر دلبستگی را بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان داده‌اند، به‌طور کلی تر نقش نوع ارتباط والد-فرزند و به‌طور خاص نقش مشکلات دلبستگی، در این اختلال تأیید می‌شود. همچنین نتایج این مطالعه با نشان دادن نقش معنی‌دار مشکلات دلبستگی در اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌تواند در تدوین مؤلفه‌های طرح‌های درمانی مربوط به این اختلال کاربرد داشته باشد. از آنجا که کاپنبرگ و هالپرن (۳۱) تغییرات مؤلفه‌های مربوط به دلبستگی را در طول زمان و تحولی

زیرمجموعه اختلال‌های رفتاری مخرب است، نقش بسزایی دارد. در فراتحلیلی که از ۶۹ مطالعه (N=۵۹۴۷) صورت گرفت، ارتباط بین نایمنی دلبستگی و افزایش خطر مشکلات برون‌نمود معنادار بود (۳۴). وناجزندورن، شوونگل و بیکرمنز-کراننبرگ (۴۰) در فراتحلیلی که از ۱۲ مطالعه شامل ۷۳۴ زوج والد-فرزند انجام دادند، اندازه اثر متوسطی بین دلبستگی آشفته و مشکلات برون‌نمود پیدا کردند.

دلبستگی به‌عنوان مجموعه رفتارهایی تعریف شده است که کودک برای نزدیکی فیزیکی و هیجانی به مادر یا مراقب جایگزین، نشان می‌دهد (۴۱). نظریه دلبستگی با تأکید بر کیفیت روابط والد-کودک، مشکلات رفتاری کودکان (از آن جمله اختلال نافرمانی مقابله‌ای) را اغلب به‌عنوان راهبردهای سازش‌نا یافته کودک برای جلب توجه یا نزدیکی به مراقب در نظر می‌گیرد (۴۲). مطالعات طولی (۴۳ و ۴۴) نیز با پیگیری کودکان در طی مدت نسبتاً طولانی، مشکلات رفتاری بعدی بیشتری را در کودکان دلبسته نایمن، و سازش‌یافتگی بیشتر و مشکلات رفتاری بعدی کمتری را در کودکان دلبسته ایمن گزارش کرده‌اند.

به‌طور کلی، تجربه‌های دلبستگی برای تحول اجتماعی و هیجانی سالم اساسی است. اثرات دلبستگی ایمن شامل اعتماد، شکل‌گیری روابط متقابل توأم با محبت و صمیمیت، حرمت خود مثبت، استقلال عمل و خوداتکایی آتی فرد، و توانایی مدیریت تکانه‌ها و هیجان‌ها است (۴۱). طبق نظریه بالبی، دلبستگی ایمن منبع مستحکمی از مهارت‌های کنار آمدن، از جمله توانایی تنظیم رفتارهای هیجانی را برای کودکان ایجاد می‌کند (۳۱) و اختلال‌های دلبستگی اثرات قابل توجهی در گسیختگی پیوند اجتماعی و مشکلات مربوط به تنظیم هیجانی دارد (۴۱). از آنجا که ملاک‌های اصلی تشخیص‌گذاری اختلال نافرمانی مقابله‌ای و از آن جمله علائمی مثل از دست دادن خلق، حساسیت و زودرنجی و عصبانیت و خشم و کینه‌توزی (۳) به‌نوعی مشکلات

## 1. Coping skills

تأثیرگذار باشد، بنابراین باید در تعمیم نتایج به گروه بالینی ملاحظات مدنظر قرار گیرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از نمونه‌های بالینی استفاده شود، در اندازه‌گیری‌ها از ابزارهایی مثل مصاحبه بالینی با خانواده نیز کمک گرفته شود، و اقدامات لازم جهت تشخیص افتراقی اختلال‌های همبود صورت گیرد.

**تشکر و قدردانی:** مؤلفان مقاله از همه خانواده‌ها به خاطر مشارکت و همکاری‌شان در این مطالعه و از مسئولان منطقه ۴ آموزش و پرورش شهر تبریز و مسئولان مدارس که زمینه مشارکت خانواده‌ها و اجرای این مطالعه را فراهم کردند، سپاسگزاری می‌نمایند.

می‌دانند، مطالعات آتی می‌تواند با انتخاب طرح‌های مطالعات طولی یا انتخاب گروه‌های سنی متفاوت از کودکان، نقش تحولی مشکلات دلبستگی را در سبب‌شناسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای روشن سازند. همچنین با توجه به نقش مزاج کودک و عوامل خانوادگی در سبب‌شناسی این اختلال (۴) مطالعات بعدی می‌تواند با تمرکز بر ویژگی‌های کودک و تعاملات والد- فرزند و نقش میانجی‌گر مشکلات دلبستگی در روشن‌تر شدن سبب‌شناسی این اختلال کمک بیشتری نمایند. در این مطالعه علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر روی گروه غیربالینی، و با استفاده از پرسشنامه اندازه‌گیری شده است. همچنین از آنجا که تکمیل پرسشنامه‌ها توسط مادران، به‌ویژه در موقعیت غیربالینی، ممکن است در دقت اندازه‌گیری اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اندازه‌گیری مشکلات دلبستگی



## References

1. Jahan-Bakhsh M, Bahadouri MH, Amiri SH, Jamshidi A. The Effect of Attachment-Based Therapy on Oppositional Deficit Symptoms in Girls with Attachment Problems. *J clin psychol*. 2012; 3(4): 41-9. [Persian].
2. Faramarzi S, Abedi A, Ghanbari A. Mother communication patterns and oppositional defiant disorder of children. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2012; 34(2): 90-6. [Persian].
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013, pp: 462-3.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Rezaei F. (Persian translator). Tehran: Arjomand Publications; 2010. [Persian].
5. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Oppositional defiant disorder: a guide for families. 2009. Available From: [https://www.aacap.org/App\\_Themes/AACAP/docs/resource\\_centers/ododd/odd\\_resource\\_center\\_odd\\_guide.pdf](https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/resource_centers/ododd/odd_resource_center_odd_guide.pdf).
6. Fraser A, Wray J. Oppositional defiant disorder. *Aust fam physician*. 2008; 37(4): 402-5.
7. Hommersen P, Murray C, Ohan JL, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale: preliminary evidence of reliability and validity. *J Emot Behav Disord*. 2006; 14(2): 118-125.
8. Burt SA, Krueger RF, McGue M, Iacono WG. Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *J Abnorm Psychol*. 2001; 110: 516-25.
9. Clark C, Prior M, Kinsella G. The relationship between executive function abilities, adaptive behavior, and academic achievement in children with externalizing behavior problems. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002; 43(6): 785-96.
10. Weis R. Introduction to abnormal child and adolescent psychology. Los Angeles: Sage Publications; 2008.
11. Pardini D, Frick PJ. Multiple developmental pathways to conduct disorder: Current conceptualizations and clinical implications. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 22: 2-25.
12. Burt SA, McGue M, Krueger RF, Iacono WG. How are parent-child conflict and childhood externalizing symptoms related over time? Results from a genetically informative cross-lagged study. *Dev Psychopathol*. 2005; 17(1): 145-65.
13. Waschbusch DA. A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychol Bull*. 2002; 128(1): 118-50.
14. Collins WA, Maccoby EE, Steinberg L, Hetherington EM, Bornstein MH. Contemporary research on parenting: the case for nature and nurture. *Am psychol*. 2000; 55(2): 218-232.
15. Gardner FE, Sonuga-Barke EJ, Sayal K. Parents anticipating misbehavior: an observational study of strategies parents use to prevent conflict with behavior problem children. *J child psychol psychiatry*. 1999; 40(8): 1185-96.
16. Loukas A, Fitzgerald HE, Zucker RA, Von Eye A. Parental alcoholism and co-occurring antisocial behavior: Prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons. *J Abnorm child psychol*. 2001; 29: 91-106.
17. Shaw DS, Owens EB, Giovannelli J, Winslow EB. Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40(1): 36-43.
18. Pederson CA, Fite PJ. The impact of parenting on the associations between child aggression subtypes and oppositional defiant disorder symptoms. *Child psychiatry hum Dev*. 2014; 45: 728-35.
19. Cunningham CE, Boyle MH. Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *J Abnorm child psychol*. 2002; 30(6): 555-69.
20. Shaw DS, Vondra JI, Hommerding KD, Keenan K, Dunn M. Chronic family adversity and child behavior problems: A longitudinal study of low-income families. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994; 35(6): 1109-22.

21. Shaw DS, Winslow EB, Owens EB, Vondra JI, Cohn JF, Bell RQ. The development of early externalizing problems among children from low-income families: A transformational perspective. *J Abnorm child psychol.* 1998; 26(2): 95-107.
22. Campbell SB. Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence and family context at two-year follow up. *J Abnorm child psychol.* 1994; 22(2): 147-66.
23. Deater-Deckard K, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: Group and individual differences. *Dev Psychopathol.* 1998; 10(3): 469-93.
24. August GJ, Realmuto G, Joyce T, Hektner JM. Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999; 38(10): 1262-70.
25. Sroufe LA, Carlson EA, Levy AK, Egeland B. Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Dev psychopathol.* 1999; 11(1): 1-13.
26. Madigan S, Moran G, Schuengel C, Pederson DR, Otten R. Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: Links to toddler behavior problems. *J child psychol psychiatry.* 2007; 48(10): 1042-50.
27. Speltz ML, Greenberg MT, Deklyen M. Attachment in preschoolers with disruptive behavior: A comparison of clinic-referred and nonproblem children. *Dev Psychopathol.* 1990; 2: 31-46.
28. Schechter DS, Willheim E. Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Child adolesc psychiatr clin N Am.* 2009; 18(3): 665-86.
29. Erickson MF, Sroufe LA, Egeland B. The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. *Monogr Soc for Res Child Dev.* 1985; 50(1-2): 147-66.
30. Guttman-Steinmetz S, Crowell JA. Attachment and externalizing disorders: a developmental psychopathology perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006; 45(4): 440-51.
31. Speltz ML, Deklyen M, Greenberg MT, Dryden M. Clinic referral for oppositional defiant disorder: relative significance of attachment and behavioral variables. *J Abnorm child psychol.* 1995; 23(4): 487-507.
32. Kappenberg ES, Halpern DF. Kinship center attachment questionnaire: development of a caregiver-completed attachment measure for children younger than 6 years. *Educ psychol meas.* 2006; 66(5): 852-73.
33. Arshadi M, Valizadeh S, Babapour J, Shamedi R. Comparison of the attachment situation of kindergarten and non-kindergarten preschools in Tabriz. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing.* 2013; 1(1): 10-8. [Persian].
34. Soleimani H, Bashash L, Latifian M. Psychometric properties of the kinship center attachment questionnaire (KCAQ) of latency-aged for children. *Journal of Psychological Models and Methods.* 2014; 16: 41-63. [Persian].
35. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development.* 2010; 81(2): 435-56.
36. Scott S, Briskman J, Woolgar M, Humayun S, O'Connor TG. Attachment in adolescence: overlap with parenting and unique prediction of behavioral adjustment. *J child psychol psychiatry.* 2011; 52(10): 1052-62.
37. Daly CM, Grieger T. Mary, a 4-year-old with oppositional defiant disorder. *Mil med.* 2002; 167(5): 442-444.
38. Dubois-Comtois K, Moss E, Cyr C, Pascuzzo K. Behavior problems in middle childhood: the predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. *J Abnorm child psychol.* 2013; 41(8): 1311-24.
39. O'Conner E, Bureau JF, McCartney K, Lyons-Ruth K. Risks and outcomes associated with disorganized/controlling patterns of attachment at age three years in the national institute of child health and human development study of early child care and youth development. *Infant Ment Health J.* 2011; 32(4): 1-23.

40. Pinto AF. A Rorschach study of object representations and attachment in male adolescents with disruptive behaviors [PhD diss]. ETD Collection for Pace University; 1998.
41. Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol.* 1999; 11(2): 225-49.
42. Alston JF. The Complex Issue of Attachment Disorders. 2007. Available From: <https://www.psychiatrytimes.com/schizophrenia/complex-issue-attachment-disorders>.
43. Mash EJ, Wolfe DA. *Abnormal Child Psychology*. 5th Ed. Belmont CA: Wadsworth Cengage Learning; 2013, pp: 182-91.
44. Seven S. Attachment and social behaviors in the period of transition from preschool to first grade. *Soc Behav Pers.* 2010; 38(3): 347-56.
45. Priddis L, Howieson N. Insecure attachment patterns at five years. What do they tell us? *Early Child Development and Care.* 2012; 182(1): 45-58.
46. Greene RW, Doyle AE. Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: Implications for treatment and assessment. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 1999; 2(3): 129-48.
47. Eyberg SM, O'Brien KA, Chase RM. Oppositional defiant disorder and parent training. In Fisher JF, O'Donohue T. (Eds). *Practitioner's guide to evidence-based psychology*. New York: Springer; 2006.
48. Bahl AB, Spaulding SA, McNeil CB. Treatment of noncompliance using parent child interaction therapy: A data-driven approach. *Education and Treat Children.* 1999; 22(2): 146-56.

## Relationship between Attachment Problems and Symptoms of Oppositional Defiant Disorder in Children

Khalil Esmailpour<sup>1\*</sup>, Afrooz Mir<sup>2</sup>, Ahmad Zareei<sup>2</sup>

Received: May 25, 2016

Accepted: September 02, 2016

### Abstract

**Background and Purpose:** Due the high prevalence of oppositional defiant disorder in children and its later consequences, this study aimed to examine the relationship between attachment problems and symptoms of oppositional defiant disorder among elementary school students.

**Method:** The present research was a descriptive-correlational study. The study population consisted of all elementary school students who were studying in the schools of Tabriz in 2015-2016 academic year. Participants included 229 patients (119 female, 110 male) children aged 11-6 years old who were selected using multistage cluster sampling method. Then, their parents completed the Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS; Hommersen et al, 2006) and Kinship Center Attachment Questionnaire (KCAQ; Kappenberg & Halpern, 2006). Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient test and multiple regression analysis.

**Results:** The results indicated that there were significant relationships between attachment problems and oppositional defiant disorder ( $p < 0.01$ ). Moreover, the components of attachment problems were strong predictors of oppositional defiant disorder among elementary school students, and could account 40% of the variability in oppositional behaviors of children.

**Conclusion:** Based on the findings and consistent with attachment theory, the role of attachment in the oppositional defiant disorder was confirmed. Diagnostic and therapeutic implications of attachment problems about treatment of oppositional defiant children have been discussed.

**Keywords:** Oppositional defiant disorder, attachment, parent-child relationship

---

1. \*Corresponding author: Associate professor, Department of psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran. (Khalil\_sma@yahoo.com)

2. M.A. in child and adolescent clinical psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran