DOI: 10.22122/jhsr.v16i2.3758 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 16, No. 2, Summer

Received: 04.02.2019 Accepted: 14.06.2019 Published: 05.07.2020

Exploring Parenting Components for Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A Qualitative Study

Azam Shahmohammadi-Ghahsareh[1], Ahmad Abedi[2], Flor Khayatan[3], Asghar Aghaei[4]

Original Article

Abstract

Background: One of the essential factors in regulating the excitement of irritable children is mothers' parenting style which is effective in self-controlling of these children; therefore, the purpose of this study is to develop a parental model based on the attachment theory of children with disruptive mood dysregulation disorder (DMDD).

Methods: This study was conducted using directed content analysis method with deductive classification system; and purposeful sampling continued with data saturation approach. Attachment texts were analyzed for parental characteristics. First, the concepts associated with parenting were identified and then the extracted concepts were classified based on the main components of attachment theory. Finally, the validity and reliability of parental patterns were investigated and confirmed.

Findings: In this template, a matrix was drawn and then classification was carried out in two levels; level one containing the main attachment components, and level two containing 71 codes based on level one. Thus, the parenting model was considered with six main components of behavioral, affective, cognitive, psychic, kinesthetic-tactile, and physical security.

Conclusion: The proposed parenting model, which includes behavioral, emotional, cognitive, psychological, kinetic-tactile, and physical safety components, can be used along with other treatments available for children with mood disorders.

Keywords: Parenting; Children; Disruptive mood dysregulation disorder

Citation: Shahmohammadi-Ghahsareh A, Abedi A, Khayatan F, Aghaei A. **Exploring Parenting Components for Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A Qualitative Study.** J Health Syst Res 2020; 16(2): 101-7.

1- PhD Candidate, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology and Educational of Children with Special Needs, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

4- Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Ahmad Abedi; Associate Professor, Department of. Psychology and Educational of Children with Special Needs, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran; Email: a.abedi@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

DOI: 10.22122/jhsr.v16i2.3758 Published by Vesnu Publications

کشف مؤلفه‌های والدگری ویژه کودکان مبتلا به اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی: یک مطالعه کیفی

اعظم شاه‌محمدی قهساره[۱]، احمد عابدی[۲]، فلور خیاطان[۳]، اصغر آقایی[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: یکی از عوامل اساسی در تنظیم هیجان کودکان تحریک‌پذیر، شیوه والدگری مادران است که در خودکنترلی این کودکان تأثیر می‌گذارد. هدف از انجام پژوهش حاضر، تدوین الگوی والدگری مبتنی بر نظریه دلبستگی ویژه کودکان مبتلا به اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی (Disruptive mood dysregulation disorder یا DMDD) بود.

روش‌ها: این مطالعه به روش تحلیل محتوای هدایت شده با نظام طبقه‌بندی قیاسی انجام شد و نمونه‌گیری هدفمند تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. متون نوشتاری دلبستگی از نظر ویژگی‌های والدگری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا مفاهیم مرتبط با والدگری شناسایی و سپس مفاهیم استخراج بر اساس مؤلفه‌های اصلی نظریه دلبستگی طبقه‌بندی گردید. در نهایت، اعتبار و پایایی الگوی والدگری مورد بررسی قرار گرفت و به تأیید رسید.

یافته‌ها: در الگوی والدگری تحقیق حاضر، ماتریکس ترسیم شد و سپس طبقه‌بندی بر اساس دو سطح؛ سطح یک شامل مؤلفه‌های اصلی دلبستگی و سطح دو شامل ۷۱ کد بر اساس سطح یک انجام گرفت. بدین ترتیب، الگوی والدگری با شش مؤلفه اصلی «رفتاری، هیجانی، شناختی، روانی، جنبشی- لامسه و امنیت جسمانی» مورد توجه قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: از الگوی والدگری مطرح شده در پژوهش حاضر که شامل مؤلفه‌های رفتاری، هیجانی، شناختی، روانی، جنبشی- لامسه و امنیت جسمانی است، می‌توان در کنار سایر درمان‌های موجود برای کودکان مبتلا به DMDD استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: والدگری؛ کودکان؛ اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی

ارجاع: شاه‌محمدی قهساره اعظم، عابدی احمد، خیاطان فلور، اصغر آقایی. **کشف مؤلفه‌های والدگری ویژه کودکان مبتلا به اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی: یک مطالعه کیفی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۱۶ (۲): ۱۰۷-۱۰۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۳/۲۴ تاریخ چاپ: ۱۳۹۹/۴/۱۵

مقدمه

اختلال کژتنظیمی خلقی ایذایی (Disruptive mood dysregulation disorder یا DMDD)، یکی از اختلالات طبقه افسردگی به شمار می‌رود که ویژگی شاخص آن، تحریک‌پذیری شدید و دایمی می‌باشد که به شکل انفجار خشم کلامی یا رفتاری و در پی واکنش به ناکامی نشان داده می‌شود. این اختلال که از ۶ سالگی تشخیص داده می‌شود، برای حداقل یک سال و به فراوانی ۲ تا ۳ بار در هفته رخ می‌دهد و آسیب‌های زیادی را برای فرد مبتلا و دیگران در خانه، مدرسه و جمع دوستان به دنبال دارد. کودکان مبتلا به این اختلال، به طور دایم تحریک‌پذیر و عصبانی و در بیشتر ساعات روز و تقریباً هر روز خشمگین و پرخاشگر هستند؛ به طوری که اطرافیان به وضوح متوجه حالت و رفتار آن‌ها می‌شوند (۱). میزان شیوع این اختلال در نمونه بزرگی از افراد، ۴/۴ درصد گزارش شده است (۲). در بررسی نمونه‌های بالینی مطالعه Axelson و همکاران مشخص گردید که ۲۶ درصد از کودکان شرکت‌کننده در برنامه‌های درمانی طولی، علایم و ملاک‌های DMDD را دارند. آن‌ها با مقایسه چندین گروه از کودکان ۶ تا ۱۲/۹ ساله، دریافتند که تحریک‌پذیری مزمن در کودکان مبتلا به DMDD، دو برابر بیشتر از گروه‌های مبتلا به اختلال دوقطبی، مانیا و دیگر اختلالات است (۳).

تحریک‌پذیری شدید و مزمن به صورتی که در DMDD مشاهده می‌شود، با اختلال محسوس در روابط کودک با اعضای خانواده و همسالان و در عملکرد تحصیلی ارتباط دارد. این کودکان به دلیل این که ناکامی (به معنی ناکامی در انتظار پاداش) را خیلی کم تحمل می‌کنند، اغلب مشکل پیشرفت در مدرسه دارند و در بیشتر موارد قادر نیستند در فعالیت‌هایی شرکت کنند که کودکان سالم اغلب از آن‌ها لذت می‌برند. زندگی خانوادگی آن‌ها به علت طغیان‌ها و تحریک‌پذیری، به شدت مختل می‌شود و در شروع کردن روابط دوستی و ادامه دادن آن مشکل دارند. به طور کلی، سطوح کارکردی در کودکان DMDD، دچار اختلال شدیدی است و رفتارهای خطرناک و پرخاشگری شدید در آن‌ها کودکان شایع می‌باشد (۱).

با توجه به مطالب بیان شده، ما با کودکانی مواجه هستیم که به دلیل تحریک‌پذیری شدید، خطرات زیادی برای خود و دیگران دارند و نیاز به خدمات و راهبردهایی جهت کنترل رفتار، هیجان و خلق کاملاً احساس می‌شود. به نظر برخی صاحب‌نظران، تنیدگی و مشکلات دوران کودکی از الگوهای رابطه

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۴- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: احمد عابدی؛ دانشیار، گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
Email: a.abedi@gmail.com

والد- کودک سرچشمه می‌گیرد (۴). بر همین اساس، می‌توان با بررسی دقیق الگوهای ارتباطی والد- کودک و راهبردهای تصحیح شونده ارتباط، به کاهش مشکلات فردی و بین فردی این کودکان کمک نمود. یکی از نظریه‌هایی که به ارتباطات والد- کودک و نقش آن در اختلالات کودکان در طول دوران رشد پرداخته است، نظریه دلبستگی می‌باشد. طبق نظر Bowlby، انتظار حساس بودن، در دسترس بودن و پاسخگو بودن والدین نسبت به نیازهای کودک در همه زمان‌ها، به شکل بنیانی بر پایه الگوهای فعال نوزاد از خودش و دیگران عمل می‌کند. وقتی تجارب نوزاد این انتظار را در او ایجاد کند که مراقبانش نسبت به نیازهایش پاسخگو خواهند بود، او به هنگام احساس ناراحتی یا نیاز، راهبردهای ایمنی برای یافتن مراقبانش شکل می‌دهد. در عوض زمانی که نوزاد فکر کند فرد مراقبش رفتار طردکننده دارد و در زمان نیاز در دسترس نخواهد بود، به راهبردهای ناایمن برای سازگاری با استرس متوسل می‌شود (۵). دلایل بی‌شماری برای این پرسش وجود دارد که چرا دلبستگی ناایمن کودکان را در معرض ابتلا به اختلال روانی قرار می‌دهد. در واقع، می‌توان گفت اضطراب و عدم تحمل ناکامی، انفعال و درماندگی افراد با پیشینه دلبستگی مقاوم را در برابر اختلالات اضطرابی و افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند. افراد با دلبستگی مقاوم و اجتنابی، به راحتی قادر به برقراری روابط اجتماعی نیستند و این مسأله می‌تواند از طریق بدرفتاری دیگران یا ارتباط داشتن با گروه همسالان بزهکار، مشکلات تحول را تشدید نماید و از توان حمایت اجتماعی به عنوان یک حفاظ مهم در مقابل استرس بکاهد (۵) و این نشانه‌ها آن‌ها را در معرض ابتلا به آسیب‌های مختلف به ویژه بیرونی کردن مشکلات (۶) قرار می‌دهد. یکی از دلایل غیر انطباقی بودن الگوهای ناسازگار، آن است که این الگوها به تجارب محیطی می‌انجامند که خود این تجارب باعث تداوم آن‌ها می‌شود.

برخی مطالعات مشکلات رفتاری دانش‌آموزان دبستانی را در پروژه والد- کودک مورد بررسی قرار داده‌اند. بر این اساس، مشکلات رفتاری دانش‌آموزان کلاس اول تا سوم، توسط آموزگاران آن‌ها بر اساس فهرست رفتاری کودک (۷) سنجیده شد. نتایج نشان داد که پسران اجتنابی بیش از پسران ایمن یا مقاوم به عنوان دانش‌آموزان پرخاشگر رتبه‌بندی شدند. همچنین، دلبستگی آشفته، ارتباط واضحی را با برون‌سازی مشکلات نشان داد (۸). نتایج تحقیقات آزمایشگاهی در زمینه رابطه بین دلبستگی نابسامان دوره نوزادی و مشکلات بیرونی کردن رفتار در سن ۷ سالگی نشان داد که دلبستگی نابسامان (آشفته) می‌تواند به خوبی مشکلات بیرونی کردن را پیش‌بینی کند (۹).

ازآن‌جا که مراقبان کودک هر یک الگوی ارتباطی خاص خود را در برخورد با کودک دارند، ممکن است الگوهای والدگری آن‌ها چندان کارامد نباشد و منجر به مشکلات ناسازگارانه‌ای در کودک شود. بنابراین، والدین از طریق درمان و آموزش تعامل والد- کودک، یاد می‌گیرند تا با استفاده از شیوه‌های کارامد، به کودکانشان کنار آمدن با احساساتی همچون ناکامی را آموزش دهند (۱۰).

مطالعات و بررسی‌های محدودی جهت درمان برای کودکان مبتلا به DMDD انجام شده است که از آن جمله می‌توان به رفتاردرمانی دیالکتیک (Dialectical behavior therapy یا DBT) که برای دختران سنین بعد از ۱۲ سال انجام شده و نتایج آن‌ها در سطح کارامدی مقدماتی مفید بوده است (۱۲، ۱۱)، بازی‌درمانی Adlerian که به صورت پژوهش موردی و برای پسران فقط ۱۰ ساله اجرا گردید (۱۳) و درمان‌های کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش‌فعالی (Attention deficit-hyperactivity disorder یا ADHD) برای کودکان ۹ تا ۱۲ ساله (۱۴) اشاره نمود که طبق نتایج به دست آمده و پیشنهاد آن‌ها، برای معنی‌داری بهتر نتایج، نیاز به درمان‌های دیگری می‌باشد.

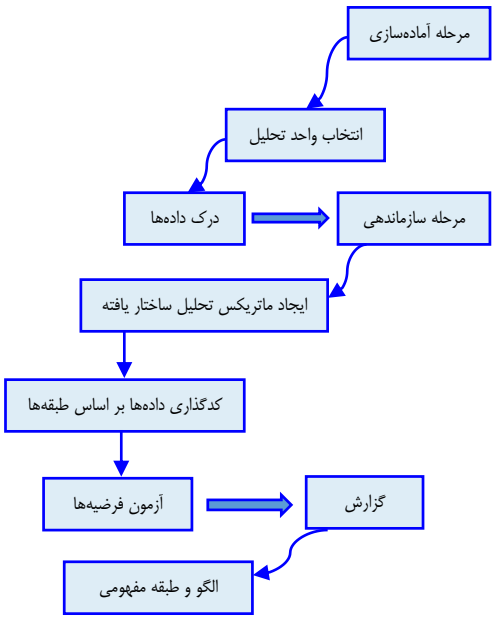
در رابطه با تعامل والد- کودک در کودکان مبتلا به DMDD، به الگوی والدگری بر اساس دلبستگی ویژه کودکان دوره میانی اشاره‌ای نداشتند. همان‌طور که اشاره شد، تحقیقات در رابطه با این موضوع همراه با نتایج محدود و به صورت کمی است و نتیجه پژوهش‌ها در سطح بهینه، برای تأثیر بهبود DMDD نیست. بر همین اساس، جهت کنترل رفتارهای مخرب و ایجاد کارامدی در روابط بین فردی این کودکان، به درمان و آموزش به سبک‌های دیگری از جمله کشف، اعتبار و پایایی مؤلفه‌های والدگری بر اساس نظریه دلبستگی نیاز است که از اهداف مطالعه حاضر بود.

روش‌ها

جامعه آماری این تحقیق، مجموعه دیدگاه‌های اندیشمندان و متخصصان در قالب متون در زمینه نظریه‌های دلبستگی بود. با توجه به این که هدف پژوهش، تدوین الگوی والدگری بود و با توجه به این که DMDD اختلال جدیدی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-Fifth Edition یا DSM-5th Edition) معرفی شده است، تنها کتاب‌ها و مقالات، مورد بررسی و تحلیل کیفی قیاسی مطابق با روش Elo و Kyngas قرار گرفت (۱۵). نمونه‌گیری به شکل هدفمند انجام شد و حجم نمونه با رویکرد اشباع داده‌ها تا زمان کافی بودن ادامه یافت (۱۶).

در این روش، ابتدا متون نظریه دلبستگی شناسایی شد و پس از دریافت اطلاعات، متون مرتبط با نظریه دلبستگی که به نکات والدگری اشاره داشت، مورد بررسی قرار گرفت (۱۷). ابزار مورد نظر، فیش‌برداری از کتاب‌ها، مقالات و اسناد و متون مرتبط با نظریه دلبستگی بود. پژوهش به روش کیفی و به صورت تحلیل محتوا با نظام طبقه‌بندی قیاسی (با ساختار) انجام گرفت (۱۵). تحلیل محتوا روشی برای تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متن از طریق طبقه‌بندی نظام رمزبندی و تم‌سازی یا طراحی الگوهای شناخته شده است (۱۸). علت انتخاب روش تحلیل محتوا این بود که این روش پژوهشگر را قادر می‌ساخت تا مقدار زیادی از اطلاعات متنی را بررسی نماید و ویژگی‌های آن‌ها را شناسایی و مورد تحلیل قرار دهد (۱۹). در این رویکرد که با روش Elo و Kyngas (۱۵) انجام شد (شکل ۱)، ابتدا در مرحله آماده‌سازی، متن مورد تحلیل (واحد تحلیل) انتخاب و به فهم داده‌ها و کل متن پرداخته شد. سپس ماتریکس طبقه‌بندی ترسیم گردید (جدول ۱) و در پاسخ به این سؤال که والدگری بر اساس نظریه دلبستگی چه مفاهیمی دارد، به استخراج مفاهیم والدگری (واحد معنا) در آن متون پرداخته شد. در مرحله سازماندهی، مفاهیم بر اساس مؤلفه‌های دلبستگی طبقه‌بندی و الگوی نهایی در مرحله گزارش‌دهی آماده گردید (۱۵).

نظریه‌های دلبستگی در تحقیق حاضر شامل Bowlby (۵)، Freud، Anna Freud، Mahler و Spitz (۲۰)، Fitton (۲۱)، Erikson (۲۲)، Melanie Klein و Harlow (۲۳)، Ainsworth (۲۴)، Bretherton (۲۵)، Fonagy، Gergely، Belsky، Kishalm، Main، Slade و Cassidy و Shaver (۶) انتخاب و از متن نظریه واحد معنا مشخص گردید. در مرحله بعد و بر اساس مؤلفه‌های نظریه دلبستگی (سطح اول)، مفاهیم سطح دوم در ۷۱ مفهوم کشف و استخراج گردید.

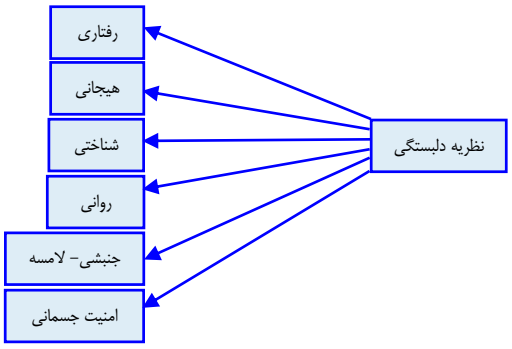


شکل ۱. مراحل فرایند تحلیل محتوای کیفی قیاسی (۱۵)

اعتباریابی تحقیق: جهت تعیین اعتبار الگوی والدگری، از نسبت اعتبار محتوا (Content validity ratio یا CVR) که بر اساس گویه‌های ضروری و غیر ضروری ارزیابی می‌شود، استفاده گردید. به این منظور، الگوی والدگری مبتنی بر نظریه دلبستگی به ده نفر کارشناس د رزمینه نظریه دلبستگی ارایه شد. جهت حصول اعتبار محتوا، باید بیش از ۵۰ درصد از کارشناسان، مفاهیم را به عنوان مفاهیم مرتبط (گویه ضروری) با والدگری مبتنی بر نظریه دلبستگی تأیید نمایند (۲۶) که در بررسی حاضر، نسبت اعتبار محتوا، ۵۱ درصد به دست آمد. برای سنجش پایایی، از ضریب توافق Cohen's kappa استفاده گردید. بدین ترتیب، مفاهیم در اختیار پنج نفر کارشناس در زمینه نظریه دلبستگی قرار گرفت و از آن‌ها در مورد متعلق بودن مفاهیم به الگوی دلبستگی (موافقم، مخالفم و نظری ندارم) سؤال شدنتیجه توافق، ۰/۶۲ درصد گزارش شد که یک توافق خوب محسوب می‌شود (۲۷).

یافته‌ها

ابتدا در مرحله آماده‌سازی، واحد تحلیل انتخاب شد که واحد تحلیل در پژوهش حاضر، والدگری بر اساس نظریه دلبستگی و واحد معنا، جمله بود (شکل ۲). بنابراین، پس از مطالعه و بررسی متون دلبستگی، مفاهیم مرتبط با والدگری انتخاب گردید. سپس در مرحله آماده‌سازی، ماتریس برای داده‌های به دست آمده از پاسخ به سؤال والدگری در نظریه دلبستگی چه مفاهیمی دارد؟ ترسیم شد که نمونه‌ای از آن در جدول ۱ ارایه شده است.



شکل ۲. مؤلفه‌های (سطح ۱) نظریه دلبستگی (۲۱)

پس از این که ماتریس طبقه‌بندی فراهم شد، همه داده‌ها از نظر محتوا بازنگری و برای مطابقت دادن با دسته‌های تعیین شده از مروری بر مطالعات، کدگذاری گردید. بنابراین، جنبه‌هایی که متناسب با ماتریس تهیه شده بود، انتخاب گردید و به این صورت، طبقات مشخص شد که در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۱. نمونه‌ای از ماتریکس طبقه‌بندی

درون‌مایه اصلی	مؤلفه‌های دلبستگی	نمونه‌ای از واحد معنا در متون نظریه‌های دلبستگی
والدگری مبتنی بر نظریه دلبستگی	هیجانی	مادرگری تدریجی جابه‌جایی انرژی را از درون به سوی پیرامون تسهیل می‌کند و حساسیت نسبت به محرک‌ها را افزایش می‌دهد (۲۰).
	رفتاری	یک کودک ایمن، سبک یادآوری ذهنی مادر خویشتن را هم به خدمت می‌گیرد. این سبک به او کمک می‌کند تا الگویی لفظگونه از مادر به عنوان فری با اهداف، هیجان‌ها و نیت‌هایی همانند وی بسازد (٦).
	شناختی	اطمینان به خوداتکا به خود و لذت بردن از استقلال، از اعتماد و اطمینان به دیگران رشد می‌کند (۲۰).
	روانی	خوددوستداری مادر به کودک گسترش می‌یابد و کودک مادر را در جهان خود دوستدارانه درون خویش می‌گنجاند (۲۲).
	جنبشی- لامسه	کنش مادرانه سه نقش را از یکدیگر متمایز می‌کند (در بغل نگه داشتن) که با نگهداری و حمایت از کودک از لحاظ جسمانی و روانی مطابقت دارد (در مهار خود داشتن) و با دستکاری‌های بدن مانند مراقبت در نظافت و... مطابقت دارد و (ارایه شیء) که با توانایی در ارایه شیء به فرزند به هنگام نیاز وی مطابقت دارد (۲۳).
	امنیت جسمانی	مادر با جدا نگه داشتن کودک از خیل محرک‌های بیرونی و با ارضای نیازهایی که توسط محرک‌های درونی پدیدار شده‌اند، در تأمین آرامش سهیم می‌گردد (۲۳).

جدول ۲. طبقه‌بندی بر اساس تحلیل محتوای قیاسی

درون‌مایه اصلی	سطح اول	سطح دوم
والدگری مبتنی بر نظریه دلبستگی	هیجانی	مشوق بودن، فعالیت‌های لذت‌بخش، بازی، مشتاق، انگیزه داشتن، دلداری به کودک، امید دادن، مهربانی، صمیمی شدن، بازخور دقیق نشانه‌های هیجانی، شادابی، بیان جملات و کلمات لذت‌بخش
	رفتاری	سرمشق، انجام فعالیت‌های مشترک، ارایه فعالیت مثبت به کودک، تقویت، تلاش برای نزدیکی به کودک و رفع نیاز او، گفتگو در مورد برنامه‌ها و اهداف خود، اصلاح کردن رفتار کودک با بیان عاطفی، بیان تأکیدکننده، توضیح و آگاهی دادن در مورد دلیل قاعده‌ها، گفتگوی دوستانه در مورد هیجانات کودک، بازخورد به کودک در همان زمان، بازخورد به کودک در همان موقعیت، مشخص کردن رفتار مورد بازخورد، برنامه‌ریزی، نظارت بر اعمال، نظم‌دهی به کودک، دستوردهندگی کمتر، ملایمت در برخورد، یاددهی مهارت‌ها، نزدیکی مداوم و ثابت، درک صحیح از نیازهای کودک، شناسایی دقیق ویژگی‌های شخصیتی کودک
	شناختی	اطمینان‌دهی از حضور همیشگی والد، درک درست حالات هیجانی کودک، توانایی دریافت درست حالت ذهنی کودک از نشانه‌ها، درک و تفسیر فکر کودک، دیدن اتفاق‌ها از دید کودک، عامل بودن والدین، شناخت توانای خود (والد)، شناخت نیازهای خود (والد)، شناخت علایق خود (والد)، افزایش دانش و آگاهی
	روانی	تصور مثبت از خود، تصور مثبت از کودک، تصور مادر از شیوه مادری کردن، حضور مادر در هر شرایطی، همراهی‌کننده (کمک دادن)، شروع‌کننده برای همراهی کودک آغازگر، شنیدن نگرانی‌های کودک با توجه و تمرکز، وقت گذاشتن، آرام‌سازی
	جنبشی- لامسه	تکان دادن دست، تکان دادن سر، خم شدن به سوی کودک، لبخند زدن، حرکات کند، بالا رفتن ابرو، خیره شدن (گشاد شدن چشم)، تعامل چشمی، نوازش کردن، آهنگ صدا
	امنیت جسمانی	شناسایی موقعیت‌های پرخطر، ایجاد محیطی امن، دور کردن کودک از موقعیت پرخطر، اطلاع از شرایط و موقعیت کودک، آگاهی دادن به کودک در مورد خطرات محیطی، نظارت بر رفتار آسیب‌رسان کودک، ناظر بر موقعیت آسیب‌زننده به کودک

بحث

پژوهش حاضر بر مبنای نظریه دلبستگی و با هدف یافتن پاسخ این سؤال که مؤلفه‌های الگوی والدگری برای کودکان مبتلا به DMDD کدامند، انجام شد. نتایج با استفاده از روش تحلیل محتوای قیاسی (با ساختار) و بر اساس بررسی و تحلیل متون مرتبط با نظریه دلبستگی، الگوی والدگری را مشخص نمود.

یافته‌های به دست آمده با نتایج مطالعه Mahoney و همکاران (۲۸) همخوانی داشت. آن‌ها با بررسی رفتار مادرانه، چهار بعد «مسؤولیت‌پذیری و جهت‌گیری به سوی کودک، عاطفه، جهت‌گیری و توجه به پیشرفت و دستوری بودن» را مشخص نمودند و به این نتیجه رسیدند که مشخصات رفتاری مادر که پیش‌بینی‌کننده تحول شناختی، اجتماعی و زبان کودک است، به تأثیرات مداخلات رفتاری والدین حساس می‌باشد (۲۸). همچنین، با نتایج تحقیق تبعه امامی و همکاران مبنی بر تعیین سبک ایمن دلبستگی بر اساس عوامل رفتار مادرانه (۲۹) همسو بود. آن‌ها دریافتند که هرچه حساسیت، لذت بردن و گرمی مادر نسبت به فرزند خود بیشتر باشد، احتمال ایجاد دلبستگی ایمن در کودک افزایش می‌یابد (۲۹).

یکی از مؤلفه‌های الگوی والدگری در پژوهش حاضر، مؤلفه هیجانی (عاطفی) بود. پیوندهای دلبستگی، رفتارهای پرمهر و قابل مشاهده بین کودکان و مراقبت‌کننده‌هایشان می‌باشد (۳۱، ۳۰) و پیوند عاطفی به عنوان توصیف پیوندی که بین دو فرد خاص شکل می‌گیرد (۳۱)، تعریف شده است. این رابطه دلبستگی انعکاسی از لذت و خرسندی است و تنظیم احساس در این رابطه دلبستگی تثبیت می‌شود (۳۲). از آن‌جا که دلبستگی به عنوان مکانیزم تنظیم عواطف عمل می‌کند، می‌توان انتظار داشت که با عواطفی مانند خشم در ارتباط باشد و در کودکان مبتلا به DMDD به شکل تحریک‌پذیری مداوم (۳۳) و ناتوانی در تنظیم خلق مشاهده می‌شود (۳۵، ۳۴).

مؤلفه رفتاری، از جمله مؤلفه‌های الگوی والدگری به شمار می‌رود. رفتار دلبستگی از سوی کودک به منظور افزایش نزدیکی و تماس با مراقبت‌کننده مادری صورت می‌گیرد (۳۱). رفتارهای علامت دهنده به مراقبت‌کننده هشدار می‌دهد که کودک خواستار تعامل است. رفتارهای آزارنده یک واکنش مادری سریع را برای ارایه محافظت و ایمنی ترغیب می‌کند. رفتارهای فعال و در جستجوی تماس، نزدیکی را برای مادر و پایگاه ایمن افزایش می‌دهد. رفتار کاوشی، نزدیکی با مراقبت‌کننده مادری را کاهش و تعامل با محیط و شخصیت را افزایش می‌دهد. تعامل با محیط برای کودکان مبتلا به DMDD به صورت انفجارهای خشم رفتاری و پرخاشگری نسبت به خود، دیگران یا اشیای خود و دیگران بروز می‌کند (۱).

مؤلفه دیگر در الگوی والدگری، مؤلفه شناختی می‌باشد. روابط دلبستگی میان والد- کودک و الگوهای ارتباطی به طور مستقیم بر روی رشد فرایندهای ذهنی در دوران کودکی تأثیر می‌گذارد. اعتماد تجربه شده کودک، دسترسی فیزیکی و روان‌شناختی اساسی را برای کشف خودمختار جهان اطراف و حل مسأله ارایه می‌دهد (۲۵). از ویژگی‌های کودکان دوسوگرا این است که آن‌ها در بازی‌ها با بیان این مطلب که «من نمی‌توانم این کار را انجام دهم یا این که من این بازی را بلد نیستم و...». اظهار عجز و ناتوانی می‌کنند. آن‌ها بیش از سایر کودکان با غریبه‌ها خشونت و عدم همکاری نشان می‌دهند (۲۰). دلبستگی،

نقشی حیاتی در ارتقای شایستگی ایفا می‌کند. اگر کودکانی که دارای دلبستگی و تجارب متفاوت هستند با تکالیف دشوار مواجه شوند، پیشرفتی در بازنمایی کلی و منسجمی از روابط دلبستگی نشان نمی‌دهند (۶). در کودکان مبتلا به DMDD، محدودیت‌هایی در یادگیری پاسخ انتخابی، تغییر توجه و استفاده از فن‌های حواس‌پرتی وجود دارد (۳۵).

مؤلفه روانی از جمله مؤلفه‌های دلبستگی است که «دسترسی روان‌شناختی یک مراقبت‌کننده به عنوان منبعی از ایمنی و آرامش در دوران تنش کودک است» (۳۶). مراقبت‌کننده باید از لحاظ روانی برای کودک در دسترس باشد و از لحاظ ذهنی یک تجسم درونی مثبت از مظاهر دلبستگی در روابط را به همراه داشته باشد (۳۷). تعامل والد در دسترس و پاسخگو، باعث عملکرد مطلوب و رشد احساس ایمنی در دلبستگی می‌شود و در غیر این صورت، احساس شک و تردید در مورد توانایی‌های خود و در مقاصد دیگران (۲۹) و در نهایت، ناکامی در فرد ایجاد می‌کند.

مؤلفه جنبشی- لامسه، مؤلفه دیگری از الگوی والدگری می‌باشد. دلبستگی از طریق تماس بدن/ پوست بین مراقبت‌کننده در نوازش‌ها و لمس‌ها نشان داده می‌شود. خیره شدن، بغل کردن، نوازش کردن، تکان دادن و بو کردن مثال‌هایی از تماس بدنی حسی- حرکتی و بساوایی می‌باشد. نبود ارتباط غیر کلامی موجب می‌شود که فرد نتواند پیام‌های دیگران را دریافت کند و پیام مطلوب و مناسب را به دیگران بفرستد (۳۸). حالات چهره، حرکات و اشاره چشم و سر و دست این پیام را به فرد منتقل می‌کند که شخصیت او برای فرد مقابل مهم یا بی‌اهمیت است (۳۹).

آخرین سطح در الگوی والدگری، مؤلفه امنیت فیزیکی است. دلبستگی، پیوندی است که با یکدیگر و در فضا ایجاد می‌شود و با گذشت زمان دوام می‌آورد (۴۰). این مظهر دلبستگی باید از لحاظ فیزیکی و به طور قابل اعتماد برای کودک در دسترس باشد و امنیت پایگاه ایمن را برای کودک ایجاد نماید. یک شخص خاص باید وجود داشته باشد که کودک بتواند به آن دلبسته شود و آن فرد در مکان و موقعیت‌ها ثابت باشد (۴۱). حضور یک منبع قابل اعتماد، به عنوان پاداش برای کودکان مطرح است. عدم دریافت پاداش پیش‌بینی‌شده از سوی والدین و تأثیر منفی موقعیت، به عنوان عوامل استرس‌زایی عمل می‌کند که منجر به خشم در واکنش به ناکامی در کودکان مبتلا به DMDD می‌شود (۴۱، ۳۵).

نتیجه‌گیری

دلبستگی در محیط ایمن، رابطه والد- کودک را از نظر جسمانی و روانی تحت تأثیر قرار می‌دهد. مراقبت‌کنندگان باید قادر باشند تا یک محیط تسهیل‌کننده به حد کافی خوب را از نظر رفتاری، هیجانی، شناختی، روانی، جنبشی- لامسه و امنیت جسمانی برای ارایه رشد احساسی و ذهنی بهینه کودک ایجاد نمایند. بنابراین، ساختار طبقاتی که از توصیف مفهوم والدگری در نظریه دلبستگی فراهم شده است، به عنوان چهارچوبی جهت صورت‌بندی آموزش والدگری ویژه مادران کودکان مبتلا به DMDD به کار گرفته شد.

کودکان مبتلا به DMDD در زمینه مؤلفه‌های دلبستگی از جمله ابعاد رفتاری، شناختی، هیجانی، روانی، جنبشی- لامسه و امنیت جسمانی دچار پریشانی هستند. والدگری مناسب یک مادر در ابعاد مطرح شده در الگوی تدوین شده پژوهش حاضر می‌تواند کنترل فعالیت، توجه و پاسخگویی (و موارد مطرح شده جهت تدوین آموزش والدگری) به کودک را به همراه داشته باشد و به تأیید عملکردهای کودک بپردازد و امنیت و فضای توأم با آرامش و امنیت را فراهم سازد. ایفای نقش و قواعد متناسب با سن و نیازهای کودک از سوی مادر، قدرت پیش‌بینی و اعتماد در کودک ایجاد می‌کند و این قواعد، اساس رشد عاطفی دلبستگی ایمن را فراهم می‌سازد. گرمی و محبت والدین در رشد دلبستگی کودک بسیار مؤثر است؛ چرا که احساس گرمی والدین به کودک کمک می‌کند تا احساس امنیت کافی برای کشف محیط داشته باشد و از توانایی‌هایش آگاه شود و عوامل احتمالی که باعث ارتقای رشد او می‌گردد را تجربه نماید. می‌توان چنین نتیجه گرفت که کودکان با والدین مسؤول، نه‌تنها در کنترل پریشانی، بلکه در رشد دلبستگی ایمن نقش اساسی دارند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری تخصصی با شماره ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۱۰۷۱ و کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1397.013 از کمیته پژوهش تحقیقات علمی می‌باشد که توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به تصویب رسید.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
2. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. Am J Psychiatry 2014; 171(6): 668-74.
3. Axelson D, Findling RL, Fristad MA, Kowatch RA, Youngstrom EA, Horwitz SM, et al. Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. J Clin Psychiatry 2012; 73(10): 1342-50.
4. Chaplin TM, Cole PM. The role of emotion regulation in the development of psychopathology. In: Hankin BL, Abela JR, Editors. Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2005. p. 49-74.
5. Bowlby J. Attachment and Loss: Attachment. New York, NY: Basic Books; 1969.
6. Cassidy J, Shaver PR. Handbook of Attachment, Second Edition: Theory, Research, and Clinical Applications. New York, NY: Guilford Press; 2008.
7. Renken B, Egeland B, Marvinney D, Mangelsdorf S, Sroufe LA. Early childhood antecedents of aggression and passive-withdrawal in early elementary school. J Pers 1989; 57(2): 257-81.
8. Lyons-Ruth K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: the role of disorganized early attachment patterns. J Consult Clin Psychol 1996; 64(1): 64-73.
9. Minaei A. Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms.

Research on Exceptional Children 2006; 6(1): 529-58. [In Persian].
10. Brinkmeyer M, Eyberg SM. Parent-Child Interaction Therapy for oppositional children. In: Kazdin AE, Kazdin AE, Weisz JR, Editors. Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents. New York, NY: Guilford Publications; 2003.
11. Imam Gholipour S, Zamani S, Jahangiri A, Imani S, Zamani N. The effectiveness of impulse control and dialectical behavior therapy training on impulsivity, Lack of motor and cognitive planning in adolescent girls with disruptive mood dysregulation disorder. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology, 2015; 10(35): 7-16. [In Persian].
12. Perepletchikova F, Nathanson D, Axelrod SR, Merrill C, Walker A, Grossman M, et al. Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Preadolescent Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2017; 56(10): 832-40.
13. Malekian F. The Effects of Adlerian Play Therapy on Emotion Regulation, Impulsivity and interpersonal skills of Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) in Isfahan [Thesis]; Isfahan, Iran: Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) Branch, Faculty of Educational Sciences and Psychology; 2016. [In Persian].
14. Waxmonsky JG, Waschbusch DA, Belin P, Li T, Babocsai L, Humphery H, et al. A Randomized clinical trial of an integrative group therapy for children with severe mood dysregulation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016; 55(3): 196-207.
15. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs 2008; 62(1): 107-15.
16. Banning EB. Archaeological Survey. Berlin, Germany: Springer Science & Business Media; 2002.
17. Hooman HA. Handbook of qualitative research. Tehran, Iran: Samt Publications; 2015. [In Persian].
18. Iman MT, Noshadi MR. Qualitative content analysis. Pazhuhesh 2012; 3(2): 15-44. [In Persian].
19. Khoshouei MS. Drafting of the moral-legal charter of occupations, based on the book of Mo'tayaf al-Hayat. Islamic Management 2016; 24(4): 187-222. [In Persian].
20. Khanjani Z. Attachment pathology and development from childhood throught adolescence. Tabriz, Iran: Forouzesh Publications; 2015. [In Persian].
21. Fitton VA. Attachment theory: History, research, and practice. Psychoanalytic Social Work 2012; 19(1-2): 121-43.
22. Mansour M, Dadsetan P. Genetic psychology, from psychoanalysis to ethology II. Tehran, Iran: Jarf Publications; 1990. [In Persian].
23. Dadsetan P. Developmental psychopathology from infancy through adulthood. Tehran, Iran: Samt Publications; 2001. [In Persian].
24. Ainsworth MD. Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. Child Dev 1969; 40(4): 969-1025.
25. Bretherton I. Attachment theory: Retrospect and prospect. Monographs of the Society for Research in Child Development 1985; 50(1-2): 3-35.
26. Gilbert GE, Prion S. Making sense of methods and measurement: Lawshe's Content Validity Index. Clin Simul Nurs 2016; 12(12): 530-1.
27. Munoz SR, Bangdiwala SI. Interpretation of Kappa and B statistics measures of agreement. J Appl Stat 1997; 24(1): 105-12.
28. Mahoney G, Powell A, Finger I. The maternal behavior rating scale. Topics Early Child Spec Educ 1986; 6(2): 44-56.
29. Tabaeh Emami S, Nouri A, Malekpour M, Abedi A. The relationship between child secure attachment and factors of maternal behavior. Journal of Family Research 2011; 7(3): 293-310. [In Persian].
30. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. The International Journal of Psychoanalysis 1958; 39: 350-73.
31. Ainsworth MD, Bell SM. Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. Child Development 1970; 41(1): 49-67.
32. Sroufe JW. Applications of attachment theory to the treatment of latency age children. In: Cortina M, Marrone M, Editors. Attachment theory and the psychoanalytic process. London, UK: Whurr Pub; 2003. p. 204-26.
33. Nussbaum AM. The pocket guide to the DSM-5 diagnostic exam. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2013.
34. Halgin RP, Whithbourne SK. Abnormal psychology clinical perspective on psychological disorder. Tehran, Iran: Ravan Publications; 2017. [In Persian].
35. Meyers E, DeSerisy M, Roy AK. Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD): An RDoC perspective. J Affect Disord 2017; 216: 117-22.
36. Barnett D, Vondra JI. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. I. Atypical patterns of early attachment: Theory, research, and current directions. Monogr Soc Res Child Dev 1999; 64(3): 1-24.
37. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. Monogr Soc Res Child Dev 1985; 50(1-2): 66-104.
38. Yoon S, Kim S, Kim J, You Y. A study on the impact of consultants-nonverbal communication on customer satisfaction, trust, and long-term relationship orientation of the client firm. Indian Journal of Science and Technology 2016; 9(26): 1-8.
39. Rohi Jahromi F, Zare H, Akhondy N. The relationship between body language and perception of social interaction. Social Cognition 2017; 6(1): 147-56. [In Persian].
40. Waters E, Cummings EM. A secure base from which to explore close relationships. Child Dev 2000; 71(1): 164-72.
41. Gatzke-Kopp LM, Willner CJ, Jetha MK, Abenavoli RM, DuPuis D, Segalowitz SJ. How does reactivity to frustrative non-reward increase risk for externalizing symptoms? Int J Psychophysiol 2015; 98(2 Pt 2): 300-9.