

مقایسه اثربخشی برنامه خانواده درمانی های مبتنی بر دلبستگی و هیجان بر افسردگی نوجوانان تیزهوش

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۱/۲۴

خلاصه

مقدمه

نوجوانان تیزهوش هم به لحاظ مسائل بلوغ و هم شرایط خاص تحصیل، ممکن است دچار اختلال افسردگی شوند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی برنامه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی و خانواده درمانی مبتنی بر هیجان بر افسردگی نوجوانان تیزهوش انجام شد.

روش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمایش بود. از جامعه آماری دانش آموزان مشغول به تحصیل در مدارس تیزهوش شهر تهران به صورت تصادفی ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. پرسشنامه پژوهش شامل مشکلات درونی سازی آخنباخ بود. خانواده درمانی های مبتنی بر دلبستگی و هیجان به مدت ده جلسه گروه های پژوهش اعمال شد. داده های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شد.

یافته ها

نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که نمرات پس آزمون افسردگی گروه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی به طور معنی داری پایینتر از گروه خانواده درمانی مبتنی بر هیجان بود ($P \leq 0/001$). همچنین مقایسه زوجی نشان داد که تاثیر برنامه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی بر افسردگی پایدار است.

نتیجه گیری

به منظور بهبود وضعیت روانی و مخصوصاً افسردگی نوجوانان تیزهوش می توان از برنامه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی استفاده کرد.

کلیدواژه ها: خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی، افسردگی، مشکلات درونی سازی، نوجوانان تیزهوش

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

سارا گودرزی^۱

غلامعلی مسعود لواسانی^{۲*}

مجتبی امیری مجد^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران

* گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

Email: : lavasani@ut.ac.ir

مقدمه

تیزهوشی به برتری شناختی، خلاقیت و انگیزه در فرد اشاره دارد که او را از همسالان متمایز کرده و قادر می‌سازد چیزی با ارزش به جامعه عرضه کند. در پژوهش‌ها نشان داده شده است که افراد تیزهوش در همه ی زمینه های هوشی، وضعیت جسمانی، محبوبیت اجتماعی، پیشرفت تحصیلی، ثبات عاطفی و امور اخلاقی سرآمدترند (۱). از جمله مشکلاتی که افراد تیزهوش با آن مواجه هستند انتظاراتی است که والدین، معلمان و دیگر افراد به طور آشکار و پنهان به آنان تحمیل می‌کنند. افراد تیزهوش برای کسب نمرات بالا و شغل های خاص فشار روانی زیادی را تحمل می‌کنند، این فشارها در زندگی باعث می‌شود مسیری را انتخاب کنند که متناسب با علاقه ی شخصی آنان نیست (۲). فشارهای والدین و معلمان به طور مستقیم و غیر مستقیم باعث بروز مشکلات هیجانی در این افراد می‌شود به این دلیل که باید یک سطح بالای عملکرد را به طور دائم داشته باشند (۳).

نوجوانی، دوره‌های است که در آن سه حیطه ی روانی، اجتماعی و زیستی دچار تحول بنیادین می‌شود، همچنین یک دوره بحرانی برای رشد فرایندهای عصب زیست شناختی است که زیربنای کارکردهای شناختی عالی و رفتار اجتماعی و هیجانی به شمار می‌رود (۴). مغز نوجوان دستخوش تغییرات وضعیتی در انواع مناطق کارکردی و ساختاری، به ویژه مناطق قشر لیمبیک و مناطق فرونتال می‌شود (۵).

از جمله اختلالاتی که در دوران نوجوانی با پیامدهای منفی اجتماعی، سلامتی و رفتاری همراه است و افراد، خانواده و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مشکلات رفتاری درونی سازی و برونی سازی است. نشانگان درونی‌سازی شامل پریشانی درونی بوده و از علایم آن می‌توان به کناره‌گیری،

شکایات جسمانی و احساسات اضطراب و افسردگی اشاره نمود. در مقابل نشانگان برونی شامل بزهکاری و رفتار پرخاشگرانه می‌شود که به صورت تعارض با دیگران و هنجارهای اجتماعی توصیف می‌شود (۶).

نتایج مطالعات نشان داده اند که نشانگان درونی سازی مانند افسردگی با پیامدهای منفی در طول دوره نوجوانی مانند کاهش عملکرد درون فردی، سوءاستفاده مواد و مشکلات تحصیلی چون مشکل در رابطه قوی دارند. حتی اخیراً مطالعات - پیشرفت تحصیلی نشان داده اند که کودکان دارای همبودی مشکلات درونی سازی و برونی سازی ممکن است در معرض خطر نتایج منفی مانند رفتارهای پرخطر، روابط اجتماعی ضعیف و خطر بستری مکرر قرار گیرند. از سوی دیگر شناسایی و ارجاع - در بیمارستان این نوجوانان به درمان در این دوران بسیار ضروری است چرا که نتایج مطالعات حاکی از اثربخشی مداخلات در مورد اختلالاتی چون نافرمانی مقابله ای، نقص توجه و بیش‌فعالی و اختلال اضطراب جدایی است.

در سالهای اخیر برای تشخیص تیزهوشانی که در معرض هستند، تمایل فزایندهای مشاهده خطر مشکلات رفتاری می‌شود. این توجه تا حدود زیادی به این دلیل است که کودکان دارای مشکلات رفتاری برونی سازی مانند و مشکلات توجه پرخاشگری، در معرض خطر بیشتری برای مشکلات رفتاری ادامه دار تا سالهای کودکی و نوجوانی قرار دارند (۷).

مدلهای اکولوژیک تحول (مانند مدل برونفن برنر) تأکید دارند که رفتارهای کودک در نتیجه تعامل ویژگیهای کودک و بافت تحولی آنهاست، این مدل چارچوب مناسبی برای مطالعه عواملی فراهم میکند که خطر ایجاد رفتارهای مشکل

ساز را افزایش می دهند. بارزترین عامل در بروز مشکلات هیجانی و رفتاری در فرزندان، محیط خانواده است (۸).

گاهی نبود تکیه گاه مناسب در خانواده، باعث بروز احساس بی اعتمادی و بی ارزشی در کودک می گردد. همچنین ممکن است احساس بی پناهی و طردشدگی حاصل از دلبستگی نایمن، فرد را به ورطه‌ی انزو سوق داده و مسبب بروز علایم افسردگی در وی گردد. افسردگی کودکی مانند افسردگی بزرگسالان، می تواند طیفی از علایم از پاسخ طبیعی تا غمگینی و ناامیدی در وقایع تنش زای زندگی تا صدمه‌ی وخیم که منجر به افسردگی بالینی می شود را در بر گیرد. در نمونه‌های دیگر دلبستگی نایمن در کودک باعث وابستگی بیش از حد به مادر و دیگر مراقبان و بروز اضطراب شدید در مورد از دست دادن آنان و یا اختلال فزون اضطرابی میگردد. ویژگی اصلی اختلال فزوناضرابی، نگرانی و اضطراب شدید و غیر واقع‌بینانه درباره‌ی تقریباً تمام امور زندگی است. از سوی دیگر زمانی که کودک نتواند به اطرافیانش اعتماد کند در مقابل آنان در لاک دفاعی فرومی رود و این امر منجر به رفتارهای مقابله‌ای خواهد شد. اختلال نافرمانی مقابل‌های عبارت است از الگوی عودکننده از رفتارهای منفی کارانه، خصم آلود، نافرمانی و سرکشی در برابر اشخاص صاحب قدرت که این اختلال تاثیرات وسیعی بر فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع دارد کودکان نافرمان به علت رفتارهای مقابله‌ای و در نتیجه ضعف در تحصیل و برقراری رابطه با دیگران دارای خودپنداره‌ی ضعیف، درماندگی آموخته شده، افسردگی و پرخاشگری هستند (۹).

رضاپور و همکاران (۱۰) در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر دلبستگی بر بهبود عملکرد خانواده زنان دارای سبک دلبستگی نایمن موثر است. جهانبخش (۹) نیز در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر میزان سلامت روان در

دختران دارای مشکلات دلبستگی را بررسی کردند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر دلبستگی در افزایش سلامت روان دختران دارای مشکلات دلبستگی موثر بود.

با توجه به مطالب تحقیقات فوق الذکر و پیامدهای ناشی از آن ها مسئله اصلی در این تحقیق این است که برنامه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی و هیجان بر افسردگی نوجوانان تیزهوش چه تفاوتی دارند؟

روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را دانش‌آموزان مدارس تیزهوش شهر تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ تشکیل دادند. از جامعه مذکور با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای ۴۰ دانش‌آموز انتخاب شد و بصورت تصادفی در دو گروه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی و خانواده درمانی مبتنی بر هیجان جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از مشغول به تحصیل در مدارس تیزهوش و داشتن حس همکاری و رضایت به شرکت در دوره‌های آموزشی ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از نداشتن مسئولیت برای شرکت در دوره و غیبت‌های متعدد در جلسات آموزشی. بدین ترتیب که ابتدا برای هر دو گروه (خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی و خانواده درمانی مبتنی بر هیجان) پیش‌آزمون اختلال افسردگی اجرا شد، سپس خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی و خانواده درمانی مبتنی بر هیجان گروه‌های پژوهش اجرا شد و بدنی ترتیب داده‌های لازم جهت بررسی هدف پژوهش جمع‌آوری شد و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به تحلیل داده‌ها پرداخته شد.

پرسشنامه مشکلات رفتاری نوجوان CBCL: فرم خودسنجی YSR

اطلاعات دقیق ارائه بدهد. ۱۰۵ مورد از سؤالات مربوط به مشکلات عاطفی- رفتاری فرم YSR، همتای سؤالات فرم CBCL است. همچنین ۹۳ سؤال این فرم که مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی را در بر میگیرد، با سؤالات فرم TRF یکسان است. علاوه بر ۱۰۵ سؤال، ۱۴ سؤال نیز رفتارهایی را مورد سنجش قرار میدهند که از لحاظ اجتماعی مطلوب هستند. ۱۴ سوال از این پرسشنامه به اختلال افسردگی می‌پردازد (۶). در پژوهش مینایی (۱۱) همسانی درونی همه مقیاس‌های پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد.

این فرم که برای افراد ۱۱-۱۸ ساله به کار می‌رود، خود نوجوان تکمیل می‌کند. اگر نوجوانی قادر نباشد مستقلاً فرم را تکمیل کند، فرد دیگری می‌تواند فرم را برای او قرائت و پاسخهای او را ثبت کند. سؤالات شایستگی‌ها (توانمندیها) ناتوانی‌ها و بیماری-های این فرم شبیه سؤالات CBCL است. با این حال، درباره خدمات آموزشی ویژه یا تکرار پایه از نوجوان سؤالی پرسیده نمی‌شود؛ زیرا ممکن است او نتواند یا مایل نباشد در این مورد

جدول ۱. خلاصه بسته آموزشی برنامه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی:

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تمرین‌ها و تکالیف
جلسه اول با نوجوان و والدین	معارفه و قرار داد درمانگری و بازسازی چارچوب منطقی	درمانگر با والدین و نوجوان ملاقات می‌کند. آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و بیان مختصر مشکلات هر مادر و نوجوان، بحث درباره اهداف و قوانین گروه، درمانگر تمرکز درمان را از کاهش علائم به ساخت رابطه تغییر می‌دهد. در این مرحله درمان شناسایی و ترمیم روابط آسیب دیده و شکست تلقینی والدین متمرکز تا مدیریت رفتار	
جلسه دوم با نوجوان	بازسازی رابطه نوجوان	درمانگر تنها با نوجوان ملاقات می‌کند تا آنچه را که به اعتماد بین او و والدینش آسیب زده است، کشف کند. اتفاقات دردناک در قطع دلبستگی به صورت عمقی کشف می‌شوند تا داستان خاطرات دردناک بدون تناقض بازگو شود و دسترسی به احساسات تطبیقی اصلی که پیش از این از آن‌ها اجتناب می‌شده است امکان پذیر شود. تایید این آسیب‌ها به دلبستگی نوجوان کمک می‌کند.	
جلسه سوم با والدین	مدل‌های درون‌کاو، بازنمایی‌های ذهنی و افکار	توضیح چرخه‌ی فکر و احساس و رفتار، آشنایی مادران با ابعاد شناختی نظام دلبستگی و تاثیر آن بر سبک دلبستگی، اثرات تجربیات دوران کودکی مادر بر رابطه کنونی با نوجوان و نحوه شکل‌گیری مدل‌های درون‌کاو مادر و نوجوان	شناسایی خطاهای شناختی مادر و استفاده از راهکارهای آموخته شده برای مدیریت افکار مادر
جلسه چهارم با مادر و نوجوان	تجارب اختصاصی و سبک تعاملی مادر و نوجوان	بررسی تجارب شناختی و هیجانی و رفتاری اختصاصی مادر و مشاهده مستقیم و اصلاح تعامل‌های مادر و نوجوان، شناسایی نقاط ضعف و قوت تعامل‌های نوجوان و مادر	تکالیف جلسه منطبق با ضعف هر مادر در سبک تعاملی با نوجوان به شکل تمرین مهارت مربوط در منزل برای وی مشخص می‌گردد.
جلسه پنجم با والدین	بازسازی رابطه والدین	درمانگر با مادر ملاقات می‌کند تا کشف کند چگونه تاریخچه قطع دلبستگی والدین روی فرزندپروری آن‌ها تاثیر می‌گذارد. در این حالت ذهنی، والدین حاضر می‌شوند روش‌های فرزند روری را همراه با ارتقای دلبستگی و مهارت‌های لازم برای بهبود رابطه عاطفی با نوجوان بیاموزند.	
جلسه ششم با	ترمیم وابستگی	در این جلسه نوجوان نیازهای دلبستگی برآورده نشده را شجاعانه و صادقانه بیان می‌کند.	

نوجوان	کند. رابطه دلبستگی به جایی تبدیل می شود که در آن نوجوان می تواند کمک و راهنمایی، حمایت و درک از دیگران را بخواهد.
جلسه هفتم با نوجوان	رفتاری
جلسه هشتم با والدین و نوجوان	اصلاح، تمرین و تثبیت
جلسه نهم با نوجوان	مدیریت تنش
جلسه دهم با والدین	ارتقای خودمختاری

جدول ۲. خلاصه بسته آموزشی برنامه خانواده درمانی مبتنی بر هیجان

جلسات	محتوای جلسات	تمرین و تکالیف
اول	این جلسه مختص به والدین می باشد، توضیح مفاهیم دلبستگی و شناسایی سازمان دهی وابستگی های مراقبت از کودک و پیوستگی بین والدین، توضیح اینکه چگونه والدین به وقت پس زده شدن توسط نوجوان حالت انفعالی می گیرند و در نهایت والدین در یافتند که در میان گذاشتن حالت انفعال با همسرشان چه حسی دارد	ز والدین خواسته شد تا یک خصوصیت والدین خود که ان را تحسین می کنند و برای نوجوان خود مفید دانسته اند را بگویند مرین چرخه منفی توسط همسران در محیطی مطبوع و سازنده این تمرین های را داشتند:
دوم	جلسه مربوط به والدین و نوجوانان با هم می باشد، شروع کار با مرور قواعد، انجام شوخی و تمرین های بدون تهدید برای ایجاد امنیت و اعتماد، کار کردن هر خانواده بر روی ساخت هویت خانوادگی، جمع کردن گروه بزرگی از شرکت کننده گان و در میان گذاشتن اثر تمرین ها، تکمیل کردن تمرین هایی نهایی که تمرکز آن بر روی هویت است	قدمه، نوجوان های والدین و والدین نوجوان ناسایی والدین یا نوجوان ها بر اساس مثبت بودن مرین کردن اولویت امنیت: چه چیز شما را تبدیل به خانواده ای که هستید کرده است؟ ن به تو نیاز دارم من به تو نیاز ندارم: دور شدن یا نزدیک شدن فیزیکی به والدین بر اساس تمایل نوجوان به استقلال یا وابستگی
سوم	جلسه مربوط به والدین و نوجوانان با هم می باشد، محور اصلی این	

جلسه بر نیرو محرکه گفتگوی اهریمنی بود	یغای نقش با یا بدون متن
-	-
یان مفاهیم کلیدی در گفتگوهای اهریمنی. عادی سازی پویایی های دلبستگی	مرین گفتگوی اهریمنی برای والدین و نوجوانان
-	-
یغای نقش (۴ بزرگسال و ۲ نوجوان). بحث گروهی درباره ایغای نقش	
-	-
وال از خانواده ها در مورد مفاهیم کلیدی تفکرات، رفتارها و احساسات واکنش پذیر و اشاره به احساسات و نیاز های آسیب پذیر تر و ترس ها	
-	-
ماشای بخش هایی از دی HMT/LMH	
جلسه مربوط به والدین و نوجوانان با هم می باشد، محور این جلسه جداسازی نوجوان و والدین / گروه های والدین، بیان خلاصه ای از جلسات ۲ و ۳، بیان مفاهیمی در رابطه با چگونگی اهمیت در میان گذاشتن موارد با همسالان، برگزاری جلسه با نوجوانان، برگزاری جلسه با والدین، جمع کردن کل گروه و بیان نتایج بحث با گروه نوجوانان	تمرین ها مربوط به گروه والدین می باشد و از راه تصور راهنمایی شده والدین گذشته خود، زمانی که در سن فرزند خود بودند را به یاد می آورند و به سبک فرزند پروری والدین خود دست پیدا می کنند و اینکه چه تاثیری در طریقه فرزند پروری خودشان داشته است را بررسی می کنند. دست یابی والدین به اینکه زخم های قدیمی دلبستگی چطور امروز خود را نشان می دهند
-	-
چهارم	رخواست از والدین برای انجام تمرینات HMT
-	-
جلسه مربوط به والدین و نوجوانان با هم می باشد، محور جلسه گفتگوی محکم در آغوشم بگیر، سبک خانوادگی- اعتماد سازی دوباره نوجوان به والدین بود، بیان مفاهیم کلیدی محکم در آغوشم بگیر از دیدگاه نوجوانان، صحبت کردن نوجوانان راجع به ناامیدی های دردناک خود و درخواست پرورش و حمایت، درخواست از والدین برای گوش دادن با آغوش باز	رخواست از والدین برای در میان گذاشتن هدف خود از انجام کارها به صورت متفاوت با نوجوان
-	-
پنجم	رخواست از نوجوان برای صحبت با کی از والدین و والد دیگر فقط گوش کند و یادداشت کند، نوجوان باید تجربه دردناکی را بگوید
-	-
کامل کردن تمرینات کلاسی و در نهایت در میان گذاشتن اثرات تمرینات در گروه بزرگ	وجوان به والدین بگویند زمان احساسات دردناک از آنها چه می خواهند
-	-
	ز نوجوان درخواست می شود با والدی که مشاهده گر بوده وارد تمرین شود

نتایج

با انحراف معیار ۱/۷۹ و گروه خانواده درمانی مبتنی بر هیجان نیز ۱۶/۹۸ با انحراف معیار ۱/۲۵ بود. در جدول زیر یافته های توصیفی اختلال افسردگی در دو گروه آورده شده است.

در این پژوهش ۴۰ نوجوان تیزهوش در دو گروه حضور داشتند که میانگین سنی گروه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی ۱۷/۰۳

جدول ۳. یافته‌های توصیفی اختلال افسردگی در دو گروه به تفکیک

گروه	آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار
خانواده درمانی دلبستگی	پیش آزمون	۲۰	۱۰/۸۰	۲/۲۱
	پس آزمون	۲۰	۶/۷۵	۲/۵۷
	پیگیری	۲۰	۶/۹۰	۲/۳۱
خانواده درمانی هیجان	پیش آزمون	۲۰	۱۰/۶۵	۲/۰۳
	پس آزمون	۲۰	۸/۶۵	۱/۹۵
	پیگیری	۲۰	۸/۸۵	۱/۶۳

همانطور که در جدول مشخص است میانگین پس‌آزمون و پیگیری اختلال عاطفی گروه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی نسبت به گروه خانواده درمانی مبتنی بر هیجان کاهش یافته است. در ادامه به تحلیل استنباطی با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پرداخته می‌شود. گفتنی است که

قبل از استفاده از این آزمون، مفروضه‌های آزمون با استفاده از آزمون‌های کالموگراف اسمیرنوف، لوین، ام‌باکس و ماخلی سنجش شد که نتایج نشان داد مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار است.

جدول ۴. نتایج اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه تاثیر رویکردهای مختلف بر اختلال افسردگی نوجوانان تیزهوش

اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مربع اینای جزئی
اثر پیلاپی	۰/۷۷۷	۹۷/۴۶۷	۲/۰۰۰	۵۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۷۷
لامبدای ویلکز	۰/۲۲۳	۹۷/۴۶۷	۲/۰۰۰	۵۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۷۷
عامل مکرر						
اثر هوتلینگ	۳/۴۸۱	۹۷/۴۶۷	۲/۰۰۰	۵۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۷۷
بزرگترین ریشه روی	۰/۴۸۱	۹۷/۴۶۷	۲/۰۰۰	۵۶/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۷۷
اثر پیلاپی	۰/۳۷۷	۶/۶۲۵	۴/۰۰۰	۱۱۴/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۸۹
لامبدای ویلکز	۰/۶۲۸	۷/۳۳۸	۴/۰۰۰	۱۱۲/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۰۸
عامل گروه و عامل مکرر						
اثر هوتلینگ	۰/۵۸۵	۸/۰۴۰	۴/۰۰۰	۱۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۲۶
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۷۱	۱۶/۲۶۱	۲/۰۰۰	۵۷/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۶۳

مطابق با نتایج گزارش شده در جدول ۴ مشخص است که تمام آزمون‌های چند متغیره حاکی از معنی‌داری واریانس عامل تعامل گروه و زمان است (برای مثال مقدار اثر پیلاپی برابر با $F(6,625)=3.77; P<.01$ است که $F(6,625)=3.77; P<.01$ است). با توجه به اندازه اثر $0/189$ مشخص است که بین اختلال عاطفی در گروه‌های

پژوهشی تفاوت وجود دارد که مقایسه میانگین‌ها نشان دهنده اثربخش‌تر بودن گروه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی دارد. به منظور سنجش میزان پایداری نتایج از مقایسه زوجی استفاده شد که در جدول ۳ به آن پرداخته شده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی نمرات در مراحل مختلف سنجش اختلال عاطفی

مرحله سنجش الف	مرحله سنجش ب	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
پیش آزمون	پس آزمون	۲/۶۶	۰/۱۹۲	۰/۰۰۰
	آزمون پیگیری	۲/۳۸	۰/۱۹۳	۰/۰۰۰
پس آزمون	پیش آزمون	-۲/۶۶	۰/۱۹۲	۰/۰۰۰
	آزمون پیگیری	-۰/۲۸۳	۰/۱۲۷	۰/۰۸۷

نتیجه مقایسه زوجی نشان داد که بین میانگین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد اما بین میانگین پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار نیست؛ بنابراین

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی برنامه خانواده درمانی های مبتنی بر دل بستگی و هیجان بر افسردگی نوجوانان تیزهوش انجام شد. نتایج نشان داد که برنامه مداخله خانواده درمانی مبتنی بر دل بستگی بر کاهش افسردگی نوجوانان تیزهوش نسبت به برنامه خانواده درمانی مبتنی بر هیجان موثرتر است. همچنین نتیجه نشان داد که خانواده درمانی مبتنی بر دل بستگی بطور معنی داری و پایدار بر کاهش اختلال افسردگی نوجوانان تیزهوش تاثیر داشت.

تاکنون پژوهشی که به مقایسه اثر بخشی برنامه مداخله خانواده درمانی مبتنی بر دل بستگی و هیجان بر اختلال افسردگی نوجوانان تیزهوش پرداخته باشد، انجام نگرفته است. اما، به طور کلی نتایج پژوهش حاضر قابل مقایسه با نتایج پژوهش های انجام شده در ارتباط تأیید اثربخشی مداخلات خانواده درمانی دل بستگی محور بر کاهش مشکلات روانشناختی هست. براین اساس، این یافته به طور کلی با نتایج پژوهش جهان بخش (۹) که

خانواده درمانی مبتنی بر دل بستگی بطور معنی داری و پایدار بر کاهش اختلال عاطفی نوجوانان تیزهوش تاثیر دارد.

به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دل بستگی بر میزان سلامت روان در دختران دارای مشکلات دل بستگی پرداخت و نشان داد میانگین نمرات افسردگی، فزون اضطرابی و نافرمانی مقابله ای در گروه آزمون در مرحله ی پس آزمون و پی گیری نسبت به گروه شاهد به میزان معنی داری پایین تر بود همسو است. همچنین، این یافته با نتایج پژوهش چین آوه و اخلاقی (۱۲) که برنامه ی دل بستگی-محور مادران منجر به افزایش نظریه ذهن عاطفی فرزندان مبتلا به اتیسم آنان شده است اما اثری بر بعد شناختی نظریه ذهن نداشته است، همسو است. به علاوه، این یافته پژوهش حاضر با پژوهش هایی که اثربخشی مداخله های دل بستگی-محور درباره کاهش مشکلات دوران کودکی و نوجوانی آزموده شده کرده اند، از قبیل مشکلات دل بستگی نایمن (۱۳)، مشکلات اضطرابی کودکان (۱۴)، مشکلات زمان خواب (۱۵)، مشکلات اضطرابی نوجوانان (۱۶)، اختلال تنیدگی پس از سانحه (۱۷)، مشکلات برونی سازی شده و اختلال های رفتاری (۱۸)، همسو است.

دلایل عمده این اثربخشی را می‌توان مربوط به اثرات برنامه دلبستگی-محور بر آگاهی مادر و نوجوان از یکدیگر در سطح روان‌شناختی دانست. یکی از مفاهیمی که می‌تواند به عنوان حلقه اتصال بین دلبستگی و مسائل عاطفی به حساب آید، آگاهی بین ذهنی نام دارد. آگاهی بین ذهنی بر گرایش افراد به اتخاذ موضعی عامدانه در تعامل‌های خود و بازنمایی‌های دیگران دلالت دارد (۱۹). در بافت‌های تعاملی، آگاهی بین ذهنی اساساً در تعامل‌های میان مراقب و کودک مورد بررسی قرار گرفته است و در قالب تمایل مادر به در نظر گرفتن فرزند خود به عنوان فردی دارای زندگی روانی فعال و خودمختار (شامل افکار، مقاصد، امیال، و غیره) توصیف می‌شود (۲۰). مطابق با دیدگاه مینز و همکاران (۲۰) ظرفیت مادر برای در نظر گرفتن فرزند به عنوان فردی دارای اراده و تحت سلطه زندگی روانی، به وی اجازه می‌دهد تا معنایی را به نشانه‌های رفتاری فرزند نسبت دهد (گریه کردن، نگاه کردن، و غیره) بنابراین، به نیاز زیربنایی وی پاسخی دقیق دهد. در نتیجه، آگاهی بین ذهنی با دلبستگی فرزند در ارتباط است، زیرا پیش‌نیازی برای حساسیت مادرانه محسوب می‌شود. بر این اساس، می‌توان گفت که مداخله دلبستگی-محور حساسیت مادر را نسبت به نیازهای عاطفی نوجوان خویش افزایش داده و او را درگیر زندگی روانی فرزند می‌کند. همجوشی روان‌شناختی مادر و فرزند می‌تواند منجر به افزایش درک متقابل نیازهای دیگران و بهبودی نسبی در الگوی تعامل نوجوانان شده و بدین طریق باعث کاهش اختلال عاطفی نوجوانان تیزهوش گردد.

به علاوه، پژوهشگران ظرفیت بهره‌مندی از توانایی ذهن خوانی را متشکل از دو مولفه عمده می‌دانند: مولفه ادراکی-اجتماعی و مولفه شناختی-اجتماعی؛ مولفه ادراکی-اجتماعی ذهن خوانی برای رمزگشایی حالات ذهنی دیگران، بر مبنای اطلاعات قابل مشاهده در دسترس، مورد نیاز است، حال آنکه مولفه

شناختی-اجتماعی دربرگیرنده توانایی استدلال درباره حالت‌های ذهنی به قصد پیشگویی یا توصیف رفتار دیگران است. تفاوت این دو مؤلفه تا حدی است که دو خاستگاه مغزی متفاوت برای آنها نام برده شده است (۲۱). بر این اساس مؤلفه ادراکی-اجتماعی یا همان بعد عاطفی پیش زمینه بعد شناختی و پیچیده‌تر نظریه ذهن است. بدین ترتیب می‌توان گفت که مداخله در سطح الگوی تعامل می‌تواند بر جنبه مقدماتی شناخت اجتماعی نوجوانان اثر بگذارد. در نهایت می‌توان گفت که رویکرد خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی با توجه به تکنیک‌هایی که دارد، می‌تواند بر کاهش افسردگی نوجوانان تیزهوش موثر باشد. یافته‌ها فقط قابل به تعمیم به مراجعانی است که ملاک‌های ورود به این پژوهش را دارا بوده‌اند و برای افرادی که از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی و ملاک‌های شمول، متفاوت از آزمودنی‌های پژوهش حاضر هستند، قابلیت تعمیم ندارد. ز دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از روش‌های کمی سنجش علائم و اتکای پژوهش در داده‌های خودگزارشی اشاره داشت. در واقع ویژگی خود گزارش‌دهی ابزارهای پژوهش نیز از جمله محدودیت‌های پژوهش بود که نتایج ادراک شرکت‌کنندگان را از سازه‌های مورد اندازه‌گیری نشان می‌داد. سازه‌های مورد اندازه‌گیری ممکن است تحت تأثیر ارزش‌های متفاوت فرهنگی فردی-خانوادگی قرار گیرند. برای تحقیقات آتی توصیه می‌شود که برنامه مداخله خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و هیجان را در جمعیت‌های مختلف با حجم نمونه‌های بالاتری آزموده شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت گردآوری اطلاعات و از روش‌های مشاهده رفتار و ارزیابی بالینی و از روش‌های کیفی سنجش جهت بررسی علائم استفاده گردد. در نهایت پیشنهاد می‌شود با توجه به اثربخش بودن مداخله خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و همچنین

هیجان، در بهبود اختلال افسردگی نوجوانان تیزهوش پیشنهاد کلینیک‌های مشاوره مدارس تیزهوش به‌ویژه برای نوجوانان می‌شود از این روش‌های در مراکز درمانی-آموزشی و تیزهوشی که دارای اختلال افسردگی هستند، استفاده شود.

Reference

1. Kauffman H, Hallahan DP. Exceptional children: Introduction to special education. Translated by Javadian M, Akhlaghi H and Saliani A. Mashhad: Astan Quds Razavi Publications. 2002;2 (1): 17-23.
2. Hardman, M. M., Drew, K.J., Vinson Agen, M. (2002). Psychology and education of exceptional children in society, school and family, translated by Hamid Alizadeh, Kamran Ganji, Majid Yousefi Louieh and Fariba Yadgari (2009), Tehran: Danjeh Publications.
3. HEYMANS P, VAN LIESHOUT CF. Developing Talent Across the Lifespan. Psychology Press; 2013; 24 (4): 21-28.
4. Yurgelun-Todd D. Emotional and cognitive changes during adolescence. Current opinion in neurobiology. 2007 Apr 1;17(2):251-7.
5. Ahmed SP, Bittencourt-Hewitt A, Sebastian CL. Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. Developmental cognitive neuroscience. 2015 Oct 1;15:11-25.
6. Achenbach T, Achenbach TM, Achenbach T. Integrative Guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles.
7. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Biological psychiatry. 2005 Jun 1;57(11):1336-46.
8. Tarver J, Palmer M, Webb S, Scott S, Slonims V, Simonoff E, Charman T. Child and parent outcomes following parent interventions for child emotional and behavioral problems in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. Autism. 2019 Oct;23(7):1630-44.
9. Jahanbakhsh M. The effectiveness of attachment-based therapy on mental health in girls with attachment problems. Journal of Principles of Mental Health, 2013; 14 (54): 140-151.
10. Rezapour Y, Eyni E, AyyinParast N, Heshmati F. Effectiveness of Family-Based Performance Therapy for Mothers with Insecure Attachment Style, Quarterly Journal of Clinical Psychology Studies. 4 (15): 1005-126.
11. Minaee A. Adaptation and standardization of Child Behavior Checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms. JOEC. 2006; 6 (1) :529-558
12. ChinAveh M, Akhlaghi M. The effectiveness of mothers' attachment-centered educational program on the social cognition of adolescents with autism with high performance. Exceptional Children's Quarterly, 2019; 4 (19): 45-56.
13. Diamond GS, Wintersteen MB, Brown GK, Diamond GM, Gallop R, Shelef K, Levy S. Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2010 Feb 1;49(2):122-31.
14. Allen B, Timmer SG, Urquiza AJ. Parent-Child Interaction Therapy as an attachment-based intervention: Theoretical rationale and pilot data with adopted children. Children and Youth Services Review. 2014 Dec 1;47:334-41.
15. Moretti MM, Obsuth I, Craig SG, Bartolo T. An attachment-based intervention for parents of adolescents at risk: mechanisms of change. Attachment & human development. 2015 Mar 4;17(2):119-35.
16. Siqueland L, Rynn M, Diamond GS. Cognitive behavioral and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies. Journal of Anxiety Disorders. 2005 Jan 1;19(4):361-81.
17. Courtney JM. The posttraumatic stress disorder (PTSD) family workshop: A pilot study of preliminary outcomes and effect sizes of an attachment-based intervention for family members of veterans with combat-related PTSD. State University of New York at Albany; 2012.
18. Pasalich DS, Fleming CB, Oxford ML, Zheng Y, Spieker SJ. Can parenting intervention prevent cascading effects from placement instability to insecure attachment to externalizing problems in maltreated toddlers?. Child maltreatment. 2016 Aug;21(3):175-85.
19. Fishburn S, Meins E, Greenhow S, Jones C, Hackett S, Biehal N, Baldwin H, Cusworth L, Wade J. Mind-mindedness in parents of looked-after children. Developmental psychology. 2017 Oct;53(10):1954.
20. Meins E, Fernyhough C, Harris-Waller J. Is mind-mindedness trait-like or a quality of close relationships? Evidence from descriptions of significant others, famous people, and works of art. Cognition. 2014 Mar 1;130(3):417-27.
21. Tager-Flusberg H, Sullivan K. A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. Cognition. 2000 Jul 14;76(1):59-90.

Original Article

Comparison of the effectiveness of attachment and Emotion based family therapy program on depression in gifted adolescents

Received: 10/11/2019 - Accepted: 13/04/2020

Sara Goudarzi¹
Gholamali Masoud Lavasani^{2*}
Mojtaba AmiriMajd³

1 PhD Student, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2 Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

3 Associate Professor of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran

**Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran*

Email: Email: lavasani@ut.ac.ir

Abstract

Introduction: Gifted adolescents may suffer from depressive disorder both in terms of developmental maturity and special educational conditions. The aim of this study was to compare the effectiveness of attachment and Emotion based family therapy on emotional depression in gifted adolescents.

Method: The research method was semi-experimental with pre-test-post-test design with two experimental groups. From the statistical population of students studying in Tehran's gifted schools, 40 people were randomly selected and randomly assigned to two groups. The research questionnaire included Akhenbach's internalization problems. Family, attachment, and emotion therapy were applied for ten sessions of the research groups. The research data were analyzed using repeated measurement analysis of variance.

Results: The results of repeated measurement of variance analysis showed that post-test scores of attachment-based family therapy group were significantly lower than emotional family-based therapy ($P \leq 0/001$). Couples' comparisons also showed that the effect of family program dependence on attachment on persistent depression.

Conclusion: In order to improve the mental state and especially the depression of gifted adolescents, a family-based treatment program can be used.

Keywords: Attachment-Based Family Therapy, Depression, Internalization Problems, gifted adolescents

conflict of interest: There is no conflict of interest.