

## اختلال دلبستگی در کودکان کم توان ذهنی

مهرناز کمیجانی / دکترای روان شناسی

### چکیده

دلبستگی<sup>۱</sup> به ارتباط عمیق و پایداری گفته می‌شود که بین یک کودک و مراقبش در سال اول زندگی برقرار می‌شود، این مسأله به طور عمیقی تمام جنبه‌های زندگی فرد از قبیل ذهن، جسم، هیجانات، ارتباطات و ارزش‌های فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات مرتبط در این زمینه نشان می‌دهد که این مقوله نه تنها، دوره کودکی بلکه کل گستره زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع و چالش‌های پیش رو در این زمینه، این مقاله بر آن است که با مروری بر پژوهش‌های انجام شده در زمینه دلبستگی کودکان کم توان ذهنی، آسیب‌های احتمالی را شناسایی کرد و نظر خانواده‌ها به ویژه مادران کودکان کم توان ذهنی را به این مهم جلب نماید.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال دلبستگی، کودکان کم توان ذهنی

### مقدمه

کند کودک ایمنی بیشتری را تجربه خواهد کرد. به عقیده بالبی<sup>۵</sup> (۱۹۷۳)، (از سروف<sup>۶</sup>، ۱۹۸۳. ترجمه کمیجانی، ۱۳۸۵) بسیاری از اشکال روان آزرده‌گی‌ها و اختلال‌های شخصیت نتیجه‌ی محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا عدم ثبات رابطه‌ی کودک با چهره‌ی دلبستگی است. وی به وضوح پیش‌بینی کرده است که مختل شدن رابطه-ی دلبستگی با ایجاد اضطراب منتشر و بی‌اعتمادی در کودک منجر به اختلالات روان‌شناختی خواهد شد. در همین رابطه پژوهش‌های لاروس<sup>۷</sup>، تارابالسی<sup>۸</sup> و برنیر<sup>۹</sup> (۲۰۰۵) نشان می‌دهد کودکانی که فاقد الگوی صحیح دلبستگی می‌باشند، اغلب عصبی، سیزه جو و ضد اجتماع هستند و به عنوان والدینی رشد می‌یابند که قادر نیستند، رابطه‌ی صحیح و محکمی با فرزندان خود داشته باشند. همگام با این پژوهش کوپر<sup>۱۰</sup> و همکاران، (۱۹۹۸) نشان داده‌اند، کودکانی که از طرف چهره‌ی دلبستگی طرد می‌شوند، احساس تنهایی شدید می‌کنند، مضطرب و عصبانی هستند، عزت نفس پایین دارند و بیشتر دچار اختلالات جسمی، پارانوئیا و افسردگی می‌شوند. وبستر-استراتون<sup>۱۱</sup> و داهل<sup>۱۲</sup>، (۱۹۹۵) معتقدند، برخی از گرایش‌ها و روش‌های غلط والدین در تربیت اطفال با پیدایش

دلبستگی یک فرایند دوسویه از ارتباط هیجانی می‌باشد که رشد روان‌شناختی، فیزیکی و شناختی کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بنایی برای اعتماد و بی‌اعتمادی کودک به شمار آمده و چگونگی ارتباط کودک با دنیا را شکل داده و نحوه‌ی یادگیری و ارتباط را در سراسر زندگی مشخص می‌کند. اگر این فرایند گسیخته باشد، ممکن است کودک در تشکیل مبنای ایمنی که لازمه بهداشت روانی کودک در بزرگسالی است، با شکست مواجه شود (هین شاو<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۹).

چنین فرض شده است که مراقبت بیماری گونه و شدید<sup>۳</sup> از کودک شیرخوار یا کودک کم سن توسط مراقب، منجر به اختلال دلبستگی می‌شود. از طرفی ویلسون<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) خاطر نشان کرد که به موازات اینکه کودکی مورد محبت مراقبت کننده قرار گیرد و نیازهای اولیه او برآورده شود، حس اعتماد و ایمنی به مراقبت کننده پایه‌ریزی شده و بنیان دلبستگی سالم و صحیح گذاشته می‌شود. او تاکید کرد که مراقبت کننده اولیه به عنوان یک منبع ایمنی برای اکتشاف کودک عمل می‌کند. هر اندازه، مراقبت کننده نیازهای کودک را بهتر برآورد

مشکلات رفتاری تأکید دارد و به طور قابل ملاحظه‌ای نشان‌دهنده‌ی ارتباط بین شیوه‌های خشونت‌آمیز والدین، تنبیه فیزیکی و ارتباط تعارض‌آمیز با مشکلات رفتاری در کودکان بزرگتر است (ارون<sup>۲۷</sup>، والد<sup>۲۸</sup>، لفکوویتز<sup>۲۹</sup>، ۱۹۷۱؛ لئو<sup>۳۰</sup>، ۱۹۹۰؛ مولر<sup>۳۱</sup>، هانتر<sup>۳۲</sup> و استولاک<sup>۳۳</sup>، ۱۹۹۵). در همین رابطه هوگارد<sup>۳۴</sup> و هیزن<sup>۳۵</sup> (۲۰۰۴) با تأثیر از نظریه‌ی تکامل معتقدند که کودکان آسیب‌پذیر و قادر به مراقبت از خود نمی‌باشند. پس فرآیند دلبستگی برای تضمین بقا مورد توجه قرار می‌گیرد.

#### شناسایی الگوی دلبستگی کودکان، به ویژه

کودکان کم‌توان ذهنی که به علت محدودیت‌ها در فراگیری مهارت‌های سازشی و انطباقی، بیشتر از کودکان عادی، مستعد انواع اختلالات روانی هستند، از اهمیت بالایی برخوردار است

در زمینه‌ی دلبستگی سه نوع دلبستگی از یکدیگر متمایز شده است:

الف- سبک ایمن: افراد دارای این سبک برایشان آسان است که با دیگران رابطه‌ی نزدیکی برقرار کنند و از اینکه به دیگران تکیه کنند و نیز اجازه دهند که دیگران به آنها تکیه کنند، احساس راحتی می‌کنند. این افراد از اینکه دیگران آنها را ترک کنند یا خیلی به آنها نزدیک شوند، احساس نگرانی نمی‌کنند.

ب- سبک اجتنابی: افراد دارای این سبک از اینکه به دیگران نزدیک شوند، احساس ناراحتی می‌کنند و نمی‌توانند به طور کامل به دیگران اعتماد کنند. برای این افراد مشکل است که به خودشان اجازه دهند که به دیگران تکیه کنند و وقتی می‌بینند که کسی می‌خواهد به آنها نزدیک شود، عصبی می‌شوند و احساس می‌کنند که دیگران اغلب می‌خواهند بیشتر از حدی که آنها احساس راحتی می‌کنند با آنها صمیمی باشند.

ج- سبک مضطرب- دوسوگرا: افراد دارای این

رفتارهای غیر انطباقی کودکان رابطه دارد. آسیب‌های روانی والدین، کودک آزاری، بی‌توجهی و مسامحه، غالباً سهم بزرگی در بروز اختلال‌های رفتاری دارد. بسیاری از این والدین، خود قربانی طرز تربیت غلط والدین خود بوده‌اند و گرایش به خشونت و تمرکز بر تأمین نیازهای خود دارند. در همین رابطه استراسبرگ<sup>۱۳</sup>، داچ<sup>۱۴</sup>، پتیت<sup>۱۵</sup> و بیتس<sup>۱۶</sup> (۱۹۹۴) نشان دادند که کودکان پیش‌دبستانی که به طور مکرر از طرف والدین تنبیه شدند، بعدها به احتمال بیشتری به هم‌تایان خود پرخاشگری نشان دادند، همچنین مادران کودکان جوان با مشکلات رفتاری نسبت به مادران کودکان عادی، پرتنش، دستور دهنده، خشن و تنبیه‌گر هستند.

از طرفی گرینبرگ<sup>۱۷</sup> و همکاران (۱۹۹۳) نشان می‌دهند که فرزند پروری حساس و پاسخگو باعث رشد مهارت‌های خودگردان کودک می‌شود. در حالی که ناتوانی والدین در هماهنگ کردن رفتارهایشان با نیازهای کودک، باعث بروز رفتارهای بازداری زدایی و کنترل نشده در بعضی کودکان می‌شود (کميجانی، ۱۳۸۵)

در مجموع، مطالعات نشان داده است که در بین نمونه‌های مراجعه کننده به کلینیک‌های مشاوره، روان‌شناسی و روان‌پزشکی، محیط‌های خانوادگی پر استرس‌تر و دارای تعارض (گادو<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۰)، فرزند پروری ضعیف‌تر، (شلتون<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۸)، باورهای فرزند پروری کمتر قاطع (هینشاو، ۱۹۹۸)، دلبستگی نا ایمن مادر- کودک (ایگلند<sup>۲۰</sup>، ۱۹۸۱)، به نقل از ماش<sup>۲۱</sup> و بارکلی<sup>۲۲</sup>، (۱۹۹۶)، خویشاوند الکلی، فقدان یکی از والدین، شرایط آشفته خانوادگی (کادورت<sup>۲۳</sup>، ۱۹۸۱)، به نقل از کراتوچویل<sup>۲۴</sup>، ترجمه نایینیان، (۱۳۷۸) و درصد بالای جدایی و طلاق (گرر<sup>۲۵</sup>، ۱۹۶۴)، به نقل از کاستلو<sup>۲۶</sup>، ترجمه پورافکاری، (۱۳۷۳) وجود دارد.

پژوهش‌های فوق و پژوهش‌هایی از این دست، در اهمیت جنبه‌های منفی روابط والد- کودک در بروز

به ویژه در سن پایین مبتنی بر آموزش والدین می‌باشد. این آموزش گسترده‌ی وسیعی دارد، در مجموع شامل آگاهی دادن به والدین و نحوه‌ی صحیح تعامل با کودک است. بنابراین با توجه به مهم و حساس بودن مسأله‌ی دلبستگی و تأثیر آن در طول دوره‌ی تحول و آسیب‌پذیری بالای کودکان کم توان ذهنی به ویژه گروه آموزش‌پذیر که کاملاً به محدودیت خود واقفند، مطالعه و بررسی نحوه ارتباط عاطفی والدین با کودک، به‌ویژه مادر، از عمده‌ترین زمینه‌های مطالعه است در این مقاله نگارنده بر آن است که یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در این مورد را به اختصار بیاورد.

پژوهش مالون<sup>۴۱</sup> (۲۰۰۱) فیشر و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که در مجموع کودکانی که از بدو تولد دچار معلولیت هستند، در تشکیل یک دلبستگی ایمن با مشکلات و معضلات زیادی روبرو هستند. گادو (۲۰۰۰) نشان داد که کودکان کم توان ذهنی که دارای والدین با هوش می‌باشند، با طرد بیشتری مواجه می‌شوند و ایجاد یک دلبستگی سالم با چالش بیشتری مواجه می‌گردد. از نظر او، برای خانواده‌های زیرک که کمال هوشی، بسیار ارزشمند تلقی می‌شود، اختلاف بین کودک آرمانی و کودک کم توان ذهنی بسیار زیاد است. در پژوهشی، پاول-اسمیت<sup>۴۲</sup> و استولر<sup>۴۳</sup> (۱۹۹۷) به نقل از علیزاده (۱۳۸۱) نشان دادند در صورتی که معلولیت مادرزادی کودک در لحظه‌ی تولد آشکار باشد، معمولاً مادر است که مسئول ایجاد ارتباط و توجه به نیازهای ویژه کودک است. در چنین شرایطی، مادر فرصت نمی‌کند مانند مادران دیگر عمل کند چرا که مجبور است بسیاری از وقت خود را صرف مراقبت، تغذیه و امور پزشکی کودک کند، در نتیجه دلبستگی بین مادر و فرزند ممکن است دچار وقفه شود. گامینگز<sup>۴۴</sup> و ری<sup>۴۵</sup> (۱۹۶۶) به نقل از لاکامون<sup>۴۶</sup>، ترجمه ماهر (۱۳۸۰) نشان دادند که مادران کودکان کم توان ذهنی، نسبت به مادران کودکان عادی

سبک، کسانی هستند که احساس می‌کنند دیگران مایل نیستند آنقدر که آنها دوست دارند با آنها رابطه نزدیک داشته باشند. آنها اغلب نگران هستند که همسرشان واقعاً آنها را دوست نداشته باشد، در آینده با آنها زندگی کند. آنها مایلند که با بعضی افراد کاملاً یکی شوند ولی این خواسته بعضی اوقات باعث ناراحتی و دوری مردم از آنها می‌شوند (کولینز<sup>۳۶</sup> و رید<sup>۳۷</sup>، ۱۹۹۴).

پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که نوع دلبستگی کودک کاملاً منبعث از نوع ارتباط مادر-کودک است. تأثیر نحوه‌ی ارتباط عاطفی مادر بر رشد شخصیت کودک امری بدیهی است. در جریان رشد این ارتباط می‌تواند یک عامل مثبت و مهیا کننده زمینه‌های رشد و یا یک عامل مخل و بازدارنده باشد. بالبی می‌گوید یک پیوند دلبستگی اختصاصی و قطع نشده با یک شخصیت خاص لازمه‌ی تحول سالم و غیر مرضی در فرد است و تجربه‌ی ایمنی در کودک پایه و زیربنای کنش‌وری سالم روانی است (مظاهری، ۱۹۹۷).

در عصر حاضر، شاهد ازدیاد اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان هستیم. از سویی مسوولیت جامعه در مورد اطفال و نوجوانان کم توان ذهنی به مراتب سنگین‌تر از کودکان عادی است. به طوری که چنانچه در آموزش و تربیت آنها سهل انگاری شود، چه بسا از مسیر تحول منحرف شوند. بنابراین در وهله‌ی اول شناسایی الگوی دلبستگی کودکان، به ویژه کودکان کم توان ذهنی که به علت محدودیت‌ها در فراگیری مهارت‌های سازشی و انطباقی، بیشتر از کودکان عادی، مستعد انواع اختلالات روانی هستند، از اهمیت بالایی برخوردار است. آمارهای موجود که شیوع آسیب‌های روان پزشکی در افراد کم توان ذهنی را ۴ برابر بیش از دیگران برآورد کرده‌اند (سیمانسکی<sup>۳۸</sup>، کینگ<sup>۳۹</sup>، ۲۰۰۴ و راش<sup>۴۰</sup>، ۲۰۰۴)؛ شاهدهی بر این مدعاست که به کارگیری برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات درمانی را ضروری می‌سازد. مداخلات درمانی

طبیعی نیاز دارد. شناخت مادر و تمیز مادر از دیگران به درک صحیح، حافظه، تجارب قبلی و خلاصه هوشبهر طبیعی بستگی دارد.

از طرفی، مطالعات و مقایسه کودکان عادی و کم-توان ذهنی نشان داده است که افراد کم توان ذهنی از لحاظ رشد عاطفی تأخیر دارند و مرحله‌ی منفی‌گری که یکی از مراحل رشد عاطفی است و در کودکان به مرحله مقاومت معروف است، در کودکان کم‌توان ذهنی دیرتر از کودکان عادی به وجود می‌آید و طولانی‌تر نیز باقی می‌ماند. توقف بیش از حد در این مرحله موجب رکود رشد ذهنی کودک می‌شود. یکی از مهمترین عیوب منفی‌گرایی این است که روابط اجتماعی کودک به شکل ابتدایی یا در مراحل اولیه تثبیت می‌شود. علاوه بر آن عدم کنترل، عواطف و هیجانات یا لاقیدی باعث اختلال در سازگاری‌های عاطفی و شخصیتی این افراد می‌شود و در نتیجه اجتماعی شدن و سازگاری با محیط زندگی به حد مطلوب نمی‌رسد (میلانی فر، ۱۳۸۱).

امروزه آشکار است که فرزندان بر والدین خود تأثیر می‌گذارند و از این راه نقش فعال و پویا در خانواده اعمال می‌کنند. فرزندان از همان ابتدای تولد، تجربه جدیدی برای والدین خود هستند و می‌توانند رفتارها و نگرش‌های آنها را تغییر دهند. رفتارها، خلق و خو و ویژگی‌های جسمانی کودک بر تعامل والدین - فرزند اثر می‌گذارد. در صورتی که این ویژگی‌ها با معیارهای والدین تفاوت بسیار داشته باشد، می‌تواند کودک را در معرض بدرفتاری یا بی‌توجهی قرار دهد. اصولاً تولد فرزند، سازگاری‌های جدیدی را در خانواده طلب می‌کند. این سازگاری بخصوص در خانواده‌های دارای فرزند کم توان ذهنی چالش‌های سخت‌تری را بر می‌انگیزد (علیزاده، ۱۳۸۲).

شرایط ذکر شده موجب اختلال در ایجاد یک رابطه‌ی گرم، صحیح و امن، بین کودک و مراقبت‌کننده می‌شود

به ناامیدی عمیق‌تری دچارند، در کنترل خشم خود نسبت به کودک با مشکلات بیشتری مواجهند و احساس کمتری در باب شایستگی دارند. در همین راستا، زیگلر<sup>۴۷</sup> (۱۹۹۹) در یک پژوهش نشان داد که مشکلات هیجانی و عاطفی در کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با همتایان عادی به‌طور معنی‌داری بیشتر است. پژوهش لین<sup>۴۸</sup> (۱۹۹۸) به‌نقل از راش (۲۰۰۴) نیز مؤید آن است که کودکان کم‌توان ذهنی نسبت به هم‌شیران عادی خود، بیشتر توسط بزرگسالان، به‌ویژه والدین خود مورد خشونت، سوء استفاده و طرد قرار می‌گیرند و مشکلات عاطفی بیشتری را متحمل می‌شوند. اما بر خلاف نتایج بالا، کوگان<sup>۴۹</sup> و تیلور<sup>۵۰</sup> (۱۹۷۳) به‌نقل از لاکامون، ترجمه ماهر (۱۳۸۰) نشان دادند که الگوی تعامل در کودکان کم‌توان ذهنی چندان فرقی با الگوی تعامل بین مادر و کودکان عادی ندارد. مادران کودکان کم‌توان ذهنی ممکن است اشراف و تسلط مستقیم‌تری داشته باشند و بر کودک کنترل مثبت‌تری اعمال کنند.

در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت سال‌های اول زندگی از مهمترین مراحل رشد شخصیت کودک به‌شمار می‌آید و از طرفی نقش مادر و اعضای خانواده برای رشد شخصیت کودک چه طبیعی و چه کم‌توان بسیار مهم است. رابطه‌ی کودک با مادر در ابتدا یک نیاز فیزیولوژیک برای زنده ماندن است. رفته رفته این رابطه به صورت یک ارتباط عاطفی در می‌آید و مادر از داشتن کودک احساس غرور و افتخار می‌کند و معمولاً این احساس با پاسخ‌های کوتاه تقویت می‌شود و مادر با در آغوش گرفتن کودک و بازی کردن با او لذت می‌برد. ولی چون کودک کم‌توان ذهنی پاسخی برای مادر ندارد و مادر کم‌کم به کم‌توانی ذهنی کودک خود پی می‌برد، بنابراین در رابطه‌ی عاطفی اختلال پیدا می‌شود. به خوبی می‌توان حدس زد برای اینکه بین کودک و مادر یا افراد آشنا ارتباط عاطفی برقرار شود. کودک به هوش نسبتاً

کمبودها و خلاءهای عاطفی هر چند در تمامی کودکان، دارای تبعات و آثار زیان‌باری است، ولی در مورد کودکان کم توان ذهنی و به ویژه در گروه آموزش‌پذیر که به ضعف و ناتوانی خود کاملاً واقف هستند، آثاری به مراتب وخیم‌تر و مخرب‌تری بر جای می‌گذارد. روابط محبت‌آمیز، قابل اعتماد و پیوسته با دیگران و به ویژه با مادر، مقررات و برنامه‌های شفاف، روشن و متناسب با قوای شناختی به کودک امکان می‌دهد که با پدیده‌های بسیاری که برای او تازگی دارند و در حال تغییرند، کنار بیاید و احساس کند که وقایع پیوسته و قابل پیش‌بینی‌اند. کاملاً روشن است که بهره‌مندی کودک کم توان ذهنی از مادری پذیرا، گرم و پاسخگو که منجر به احساس ایمنی او شود تا چه اندازه می‌تواند در ارتقاء بهداشت روانی او مهم باشد. از آنجا که بین کودکان کم توان ذهنی و خانواده‌هایشان یک رابطه دوجانبه و آشکار وجود دارد، پس هرچه رابطه گرم‌تر و صمیمانه‌تر باشد، احتمال اینکه کودکان با ثبات‌تر، قابل کنترل‌تر و آرام‌تر باشند، بیشتر است. در نتیجه کسانی که با آنها زندگی می‌کنند، نیز رضایت و ثبات بیشتری دارند به طوری که بود یا نبود مسایل و مشکلات شخصیتی در افراد کم توان ذهنی، نشانگر یک رابطه بسیار عالی با میزان پذیرش والدین، پیوستگی و انسجام خانواده است.

و تشکیل یک دلبستگی ایمن در کودک کم توان ذهنی با چالش بیشتری مواجه می‌گردد. لذا تغییر و تصحیح نگرش والدین به مسئله معلولیت و توجیه این مسئله که برقراری ارتباط صحیح و گرم می‌تواند نه فقط دوره کودکی که همه مراحل تحول را تحت تاثیر قرار دهد، از اهم مسائل تربیتی است که در ارتقای بهداشت روانی کودک نقش اساسی دارد.

در مجموع به نظر می‌رسد رابطه تنگاتنگی بین پیشینه‌ی خانوادگی و اختلالات عاطفی و رفتاری کودک وجود دارد. این که کودک معلول در دراز مدت چگونه می‌تواند با معلولیت خود کنار بیاید، بیشتر از آن که تابع ماهیت معلولیت، شدت، یا زمان آغاز آن باشد، به نگرش والدین، همسالان و معلمان او و بالاخره به نگرش جامعه بستگی دارد. کودک کم توان ذهنی نسبت به معلولیت خود، همان نگرشی را پیدا می‌کند که والدین او دارند. اگر آنها در این مورد، نگران باشند او نیز نگران خواهد شد. اگر از آن خجالت بکشند، کودک نیز نسبت به آن، همان احساس را خواهد داشت و اگر به طور واقع‌بینانه با آن برخورد کنند، کودک نیز آن را به عنوان یک حقیقت می‌پذیرد و اجازه نمی‌دهد تا مانع سازگاری اجتماعی او شود. افراد کم-توان ذهنی، به دلیل محدودیت‌های شناختی و بعضاً جسمانی، کاملاً نیازمند توجه و مراقبت ویژه هستند.

زیر نویس ها :

- |                       |                 |               |                 |
|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------|
| 1. Attachment         | 14. Dodge       | 27. Eron      | 40. Rush        |
| 2. Hinshow            | 15. Pettit      | 28. Walder    | 41. Mulon       |
| 3. Pathogenetic       | 16. Bates       | 29. Lefkowitz | 42. Powel-smith |
| 4. Wilson             | 17. Greenberg   | 30. Loeber    | 43. stollar     |
| 5. Bowlby             | 18. Godo        | 31. Muller    | 44. Gummings    |
| 6. Sroufe             | 19. shelton     | 32. Hunter    | 45. Rie         |
| 7. Larose             | 20. Igland      | 33. Stollak   | 46. Lakomon     |
| 8. Tarabulsy          | 21. Mash        | 34. Haugard   | 47. Zigler      |
| 9. Bernier            | 22. Barkley     | 35. Hazan     | 48. Leen        |
| 10. Cooper            | 23. Codoret     | 36. Collins   | 49. Kogan       |
| 11. Webster- Stratton | 24. Kratochwill | 37. Read      | 50. Taylor      |
| 12. Dahl              | 25. Greer       | 38. Szymanski |                 |
| 13. Strassberg        | 26. Castlelo    | 39. King      |                 |

- علیزاده، حمید (۱۳۸۲). تأثیر فرزند معلول و ناتوان بر خانواده، نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۵ و ۱۶، ۱۶-۱۴.
- کاستلو، تیمونی و کاستلو، جوزف، روان‌شناسی ناپهنجاری (ترجمه نصرت... پورافکاری، ۱۳۷۳). تبریز: انتشارات مروی.
- کراتوچویل، توماس و آروموریس، ریچارد جی، روان‌شناسی بالینی کودک (ترجمه محمدرضا نایینیان، ۱۳۷۸). تهران: انتشارات رشد.
- کمیحانی، مهرناز (۱۳۸۵). اختلال دل‌بستگی واکنشی، نشریه تعلیم و تربیت استثنایی، ۶۳ و ۲۷، ۶۲-۲۲.
- لاکامون، روت و همکاران (بی‌تا). عقب ماندگی ذهنی، تعریف، طبقه‌بندی و سیستم‌های حمایتی، انجمن آمریکایی عقب ماندگی ذهنی (ترجمه فرهاد ماهر، ۱۳۸۰). تهران: انتشارات رشد.
- میلانی فر. بهروز (۱۳۸۱). روان‌شناسی کودکان استثنایی. تهران: انتشارات قومس.
- Blain, M.D & Thomposon, J.M (1993). Attachment and perceived social support in late adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 2, 226-247.
- Collins, N.L. & Read, S. J (1994). Cognitive representations of attachment: the structure and function of working Models. London: Jessica Kingsley.
- Cooper, M.L. Shaver, P.R. Collins, N.L. (1998). Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and social Psychology*, 74, 1360- 97.
- Eron, L.D., Walder, L.O. & Iefkowitz, M.M. (1971). Learning of aggression in children. Boston, MA: little, Brown.
- Feeny, J.A. (1999). Attachment style communication parents and satisfaction across the life. 1333-348.
- Fisher, K. Haggen, B. orkin, F. (2004). Acquiring medical services for individual with mental retardation in community – based housing facilities. *Applied Nursing Research*, 18, 155-159.
- Gado, A.E (2000). Risk factors in the continuation of childhood antisocial behavior into adulthood. *Journal of psychology*, 9, 110-112.
- Greenberg, M.T., speltz, M.L. & Deklyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5, 191-213.
- Haugard, j & Hazan, c. (2004). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorder in children and adolescents who have been severely mal treated. *journal of The American Professional society on the Abuse of children*, 9, 154-160
- Hinshow, F. S., Boris, N. w., & Zeanah, C. H. (1999). Reactive attachment disorder twin. *Infant mental health Journal*, 20, 42-59. in maltreated.
- Hinshow, S.P. (1998). Attention deficits and hyperactivity in children. Theosand oaks, CA: sage.
- Larose, S., Tarabulsky, G., & Bernier, A. (2005) Attachment state of mind, learning dispositions, and academic performance during the college transition. *Developmental psychology*, 41, 281-289.
- Loeber, R (1990). Development and risk factor of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Adolescence*, 10, 141.
- Mazaheri, M.A. (1997). Attachment from a systemic perspective: A study of Iranian families. unpublished phd dissertation.
- Mash, J.M., & Barkley, A.R (1996). Child psychopathology. Newyork: Guilford.
- Muller, R.T., Hunter, . & Stollak, G. (1995). The intergenerational transmission of corporal punishment. *A comparison of social learning and temperament models. child abuse and Neglect*, 19, 23-35.
- Mulon, F.G. (2001). Adult attachment orientation and college student distress: test of a mediational model. *Journal of counselling psychology*, 49, 460 – 467.
- Reiss, D. (1997). Mechanisms linking genetic and social influences in adolescent development: Begining a collaborative search. *Current direction in psychological science*, 6, 100 – 105.
- Rush, K.S. (2004). Assessing psychopathology in individuals with developmental disabilities. *Behavior Modification*, 28, 625-637.
- Shelton, T.L (1998). psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive impulsive inattentive behavior. *Journal of Abnormal child psychology*, 26, 475-494.
- Strassberg, Z., Dodge, k., Pettit, G.S. & Bates, J.E. (1994). Spanking in the home and children's subsequent aggression toward kindergarten peers. *Development and Psychopathology*, 6, 445 - 467.
- Szymanski, L & King, B.H (2004). summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*, 38, 1606- 10.
- Wbster- Stratton' Dahl ' M. (1995). Treating children with early-onset conduct problems a comparison of child and parent training intervention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65, 93-109.
- Wilson, s .I. (2001). Attachment disorder: Review and current status. *journal of sychology : Interdisciplinary and Applied*, 135, 37-51
- Zigler, E. (1999). personality development in individual with mental retardation : combrig university.