

مقاله‌ی پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر میزان سلامت روان در دختران دارای مشکلات دلبستگی

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر میزان سلامت روان (کاهش میزان افسردگی، فزون‌اضطرابی و نافرمانی مقابله‌ای) دانش‌آموزان دارای مشکلات دلبستگی انجام شد.

روش کار: این پژوهش تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه شاهد در سال ۱۳۸۹ انجام شد. نمونه‌ی هدف این مطالعه ۳۴ نفر بودند که از بین ۳۸۸ دانش‌آموز مقاطع دوم و چهارم ابتدایی که بیشترین نمره را در زمینه‌ی مشکلات مربوط به دلبستگی و علائم اختلالات رفتاری (افسردگی، فزون‌اضطرابی و نافرمانی مقابله‌ای) به دست آوردند، انتخاب شدند. ارزیابی با استفاده از پرسش‌نامه‌ی مشکلات دلبستگی راندولف و فرم سلامت روان کودکان انتاریو انجام شد. مادران گروه آزمون در ۱۰ جلسه‌ی گروهی درمان مبتنی بر دلبستگی شرکت نمودند. گروه شاهد مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس تاثیر مداخله بر میزان سلامت روان (کاهش علائم افسردگی، فزون‌اضطرابی و نافرمانی مقابله‌ای) کودکان هر دو گروه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS و به کمک آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و به روش تحلیل کوواریانس ارزیابی گردیدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات افسردگی، فزون‌اضطرابی و نافرمانی مقابله‌ای در گروه آزمون در مرحله‌ی پس‌آزمون ($P < 0/05$) و پی‌گیری ($P < 0/05$) نسبت به گروه شاهد به میزان معنی‌داری پایین‌تر بود. مجموع کاهش این علائم توسط آزمودنی‌ها در پس‌آزمون ۰/۷۲ و در پی‌گیری سه ماهه ۰/۸۵ بود.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر دلبستگی در افزایش سلامت روان دختران دارای مشکلات دلبستگی موثر بود و پای‌بندی مادران به تداوم روش‌های درمانی باعث بهبودی بیشتر در مرحله‌ی پس‌آزمون شد.

واژه‌های کلیدی: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اضطراب، افسردگی، دلبستگی، سلامت روان

*مرضیه جهانبخش

کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

محمدحسین بهادری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

شعله امیری

دانشیار گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان

آذر جمشیدی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان

*مؤلف مسئول:

ایران، اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه

روان‌شناسی، کدپستی ۸۱۷۴۶۷۳۴۴۱

m_jahanbakhsh@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۰/۵/۷

تاریخ تایید: ۹۰/۱۱/۱۷

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه اصفهان و با حمایت مالی آن دانشگاه انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از تمام شرکت‌کنندگان و یاری‌کنندگان در انجام این مطالعه سپاسگزاری می‌نمایم.

Original Article
**Effect of attachment-based therapy on mental health in girls
with attachment problems**

Abstract

Introduction: The present study aimed to investigate the efficacy of attachment-based therapy on rate of mental health (reduction of depression, hyper anxiety and oppositional defiant) in girl students of primary school who had attachment problems.

Materials and Methods: This is an empirical study with pretest-posttest and control group that accomplished in 2011. The target samples were 34 individuals of 388 2nd and 4th grade students of primary school that had highest scores on attachment and behavioral problems (depression, hyper anxiety and oppositional defiant). Evaluation implemented using Randolph attachment disorder questionnaire (RADQ) and Ontario mental health test. Mothers were participated in 10 sessions of grouptherapy with attachment-based intervention and its effects were assessed in their girl's mental health (reduction rate of depression, hyper anxiety and oppositional defiant symptoms). SPSS-16 software and descriptive statistics and covariate analysis method were used to analyze the data.

Results: The mean post- test ($P<0.05$) and follow up ($P<0.05$) scores of depression, hyper anxiety and oppositional defiant symptoms in the experimental group was significantly lower than that of the control group. The reduction rate which was reported for these symptoms totally was 0.72 in posttest and 0.85 in three months follow up.

Conclusion: The attachment based therapy was effective for increase of mental health in the girls with attachment problems and the mother's continues attention to interventional methods caused more improvement in follow up evaluation.

Keywords: Anxiety, Attachment, Depression, Mental health, Oppositional defiant disorder

*Marzieh Jahanbakhsh
M.Sc. in psychology, Isfahan
University

Mohammad Hossein Bahadori
M.Sc. in psychology, Isfahan
University

Sho'leh Amiri
Associate professor of psychology
of children with special needs

Azar Jamshidi
M.Sc. in psychology, Islamic
Azad University, Branch of
Khorasgan, Isfahan

*Corresponding Author:
Postal Code: 8174673441,
Department of psychology,
Faculty of psychology and
educational sciences, Isfahan
University, Isfahan, Iran
m_jahanbakhsh@yahoo.com
Received: Jul. 28, 2011
Accepted: Feb. 06, 2012

Acknowledgement:

This study was approved by the research committee of Isfahan University. No grant has supported the present study. The authors had no conflict of interest with the result.

Vancouver referencing:

Jahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri Sh, Jamshidi A. Effect of attachment-based therapy on mental health in girls with attachment problems. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 14(2): 140-51.

مقدمه

در هر جامعه‌ای کودکان و نوجوانان سرمایه‌های بالقوه‌ی جامعه بوده و سلامت روانی آن‌ها حایز اهمیت است. بیماری‌های روانی سبب اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی و پیشرفت تحصیلی افراد می‌گردد و با کاربرد راهکارهای لازم به میزان زیادی قابل کنترل می‌باشند (۱). از نظر سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی عبارت است از قابلیت فرد برای برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود (۲). هدف اصلی سلامت روانی کمک به تمام افراد در رسیدن به زندگی کامل‌تر، شادتر، هماهنگ‌تر، شناخت وسیع و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است (۳).

باولبی^۱ در تاکید بر اهمیت ارتباط مادر و کودک معتقد است آن چه که برای سلامت روانی کودک ضروری است، تجربه‌ی یک ارتباط گرم، صمیمی و مداوم با مادر یا جانشین دایم وی است. او معتقد است که بسیاری از اشکال روان رنجوری‌ها و اختلالات شخصیت حاصل محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا عدم ثبات رابطه‌ی کودک با چهره‌ی دلبستگی است (۴). هر نوع شکافی که در رابطه‌ی مادر-کودک ایجاد گردد، می‌تواند تاثیر منفی قاطعی بر تحول شخصیت کودک داشته باشد و در آینده به اختلالات کم و بیش وخیم مرضی منجر گردد (۵). چنان که مایر، سوکمن و پینارد^۲ اظهار می‌دارند که تجارب اولیه بین مادر و کودک می‌تواند به دلبستگی ناایمن منجر شود که هر چند پدیده‌ی مرضی نیست اما می‌تواند به پدیده‌های مرضی در بزرگسالی منجر شود (۶). ون‌واگنر^۳ بیان می‌کند کودکان با تشخیص اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی و یا نافرمانی مقابله‌ای، غالباً دچار مشکلات دلبستگی و دارای تاریخچه‌ای از بدرفتاری، غفلت یا آسیب‌های دوران اولیه‌ی کودکی می‌باشند (۷). پژوهش دیگری نیز نشان داد که بین مشکلات دلبستگی و میزان

اختلالات رفتاری در دختران همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۸). اصطلاح اختلالات رفتاری به گروهی از اختلالات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان اطلاق می‌شود که ثانوی بر بیماری جسمی، معلولیت یا اختلالات تشنجی نبوده و جزیی از روان‌گسستگی یا روان‌آزردگی معینی نیست (۹). علایم اضطراب، افسردگی و یا خشم می‌توانند نشان‌دهنده‌ی تجربیات عاطفی منفی از روابط دلبستگی در گذشته و یا حال باشند (۱۰). گاهی نبود تکیه‌گاه مناسب در خانواده، باعث بروز احساس بی‌اعتمادی و بی‌ارزشی در کودک می‌گردد. هم‌چنین ممکن است احساس بی‌پناهی و طردشدگی حاصل از دلبستگی ناایمن، فرد را به ورطه‌ی انزوا سوق داده و مسبب بروز علایم افسردگی در وی گردد. افسردگی کودکی مانند افسردگی بزرگسالان، می‌تواند طیفی از علایم از پاسخ طبیعی تا غمگینی و ناامیدی در وقایع تنش‌زای زندگی تا صدمه‌ی وخیم که منجر به افسردگی بالینی می‌شود را در بر گیرد (۱۱). در نمونه‌های دیگر دلبستگی ناایمن در کودک باعث وابستگی بیش از حد به مادر و دیگر مراقبان و بروز اضطراب شدید در مورد دادن آنان و یا اختلال فزون‌اضطرابی می‌گردد. ویژگی اصلی اختلال فزون‌اضطرابی، نگرانی و اضطراب شدید و غیر واقع‌بینانه درباره‌ی تقریباً تمام امور زندگی است. از سوی دیگر زمانی که کودک نتواند به اطرافیان اعتماد کند در مقابل آنان در لاک دفاعی فرو می‌رود و این امر منجر به رفتارهای مقابله‌ای خواهد شد. اختلال نافرمانی مقابله‌ای عبارت است از الگوی عودکننده از رفتارهای منفی کارانه، خصم‌آلود، نافرمانی و سرکشی در برابر اشخاص صاحب قدرت که این اختلال تاثیرات وسیعی بر فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع دارد (۹). 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 (۱۲).

فهم عوامل زیربنایی ایجادکننده‌ی مشکلات دلبستگی به درمان اختلالات خلقی و رفتاری ناشی از مشکلات دلبستگی نیز کمک می‌نمایند (۱۳). در سال‌های اخیر، درصد کودکان مبتلا به مشکلات دلبستگی رو به افزایش است که از دلایل آن

¹Bowlby²Myhr, Sookman and Pinard³Van Wagner

مورد توجه و بهره‌برداری قرار گیرد و از پیامدهای حاصل از کاهش سلامت روانی که منجر به افت تحصیلی و عملکردی می‌شوند جلوگیری شود.

روش کار

این پژوهش تجربی کاربردی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد به همراه پی‌گیری سه ماهه و با استفاده از گزینش تصادفی عضویت گروهی اجرا گردید. در این مطالعه اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر میزان سلامت روان دختران دارای مشکلات دل‌بستگی مورد بررسی قرار گرفت. در ابتدا به روش خوشه‌ای تصادفی از بین مدارس ابتدایی دخترانه‌ی شهر اصفهان، ۱۲ مدرسه انتخاب شدند. از این بین ۴۵۰ نفر دانش‌آموز کلاس دوم و چهارم ابتدایی با دامنه‌ی سنی ۸-۱۲ سال به تصادف انتخاب و پرسش‌نامه‌ی مشکلات دل‌بستگی راندولف^۳ و پرسش‌نامه‌ی سلامت روان کودکان انتاریو^۴ توسط مادران آنان تکمیل گردید. قابل ذکر است که پرسش‌نامه‌های مذکور مربوط به ویژگی‌های کودکان است اما توسط مادران تکمیل می‌شود. پس از نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ها ۳۴ نفر از کودکان با نمرات بالاتر از نقطه‌ی برش پرسش‌نامه‌ها و تشخیص مشکلات دل‌بستگی و علایم تشخیصی افسردگی، فزون‌اضطرابی و نافرمانی مقابله‌ای دریافت کرده بودند ولی از نظر مشکلات شخصیتی در محور ۲ و یا مشکلات حاد خانوادگی اعم از طلاق، از هم‌گسیختگی خانواده و جدایی یا از دست دادن منبع اصلی دل‌بستگی (والد یا مراقب اصلی) مسئله‌ی خاصی نداشتند، به عنوان نمونه‌ی نهایی انتخاب شدند. نمونه‌ی نهایی انتخاب شده به شیوه‌ی تصادفی و بر حسب نمره‌ی کسب شده در پرسش‌نامه‌های مذکور، سن و سطح تحصیلات مادران، تعداد فرزندان و وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده و در نهایت تمایل یا عدم تمایل برای شرکت مداوم در جلسات درمان گروهی در دو گروه ۱۷ نفره‌ی شاهد و آزمون قرار گرفتند. سپس مداخله‌ی گروهی مبتنی بر دل‌بستگی به مدت ۱۰ جلسه‌ی هفتگی در سالن کنفرانس یکی از مدارس ناحیه‌ی ۱ شهر اصفهان و به مدت دو ماه و نیم به صورت جلسات ۹۰

می‌توان به افزایش میزان جدایی‌های والد-کودک به عللی هم‌چون اشتغال زنان، افزایش میزان طلاق و سپردن مراقبت کودکان خردسال به مراقبان غیر والد هم‌چون مهدکودک‌ها اشاره نمود (۱۴). تخمین زده می‌شود که در حدود ۱ میلیون کودک در ایالات متحده‌ی آمریکا و تقریباً نیمی از کودکان به فرزندخواندگی گرفته شده، دارای اختلال دل‌بستگی هستند (۱۵). توماس^۱ معتقد است که مناسب‌ترین درمان برای کودکان مبتلا به اختلالات دل‌بستگی و مسائل ناشی از آن ارائه مداخله‌ی دل‌بستگی درمانی است. تمرکز اصلی دل‌بستگی درمانی، تغییر دادن دیدگاه نسبت به جهان و بزرگسالان است. کودکان دارای مشکلات دل‌بستگی که تحت درمان‌های مبتنی بر دل‌بستگی قرار می‌گیرند، کم‌کم می‌آموزند که بزرگسالان می‌توانند قابل اعتماد، کمک‌کننده و فراهم‌کننده‌ی ایمنی باشند و برعکس تصور وی به او آزار نمی‌رسانند و او را محدود نمی‌کنند (۱۶). فولر^۲ تاکید می‌کند که برای تاثیرگذار بودن درمان لازم است به جای تمرکز کامل بر کودک، خانواده و مراقبان اصلی کودک نیز تحت درمان و آموزش قرار بگیرند (۱۷). هدف اصلی خانواده‌درمانی با رویکرد دل‌بستگی درمانی، ایجاد یک پایگاه و تکیه‌گاه ایمن برای کودک در خانواده است (۱۸). وقتی که به خانواده آموزش دهند که چطور می‌توانند برای یکدیگر تکیه‌گاه ایمنی به وجود بیاورند، خود این خانواده می‌توانند برای رفع مسایل و مشکلات خانواده در طول جلسات درمان و پس از آن از این روش‌ها استفاده نمایند (۱۹). با استناد به شواهد تحقیقاتی، انتظار می‌رود دل‌بستگی در درمان مشکلات خلقی و رفتاری که ریشه در مشکلات دل‌بستگی دارند، موثر واقع گردد (۲۰).

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن در دانش‌آموزان مقطع دوم و چهارم ابتدایی صورت گرفته است تا بتوان نیم‌رخ از سلامت روانی دانش‌آموزان مذکور به دست آورد تا جهت برنامه‌ریزی برای مشاهده، روان‌درمانی، پیشگیری و درمان اختلالات روانی و افزایش سلامت روانی

³Randolph Attachment Disorder Questionnaire

⁴Ontario Children's Mental Health Questionnaire

¹Thomas

²Fowler

۲۵ سئوالی از فراوانی گزارش‌های والدین کودکان ۵ تا ۱۸ سال است که شامل مشکلات متعددی هستند که مراقب کودک در طول دو سال قبل مشاهده کرده است (۲۱). این چک لیست توسط موحد ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن استخراج شده است. این پرسش‌نامه در یک مقیاس لیکرتی تدوین شده که هر سؤال ۰ تا ۴ نمره دارد. نمرات این پرسش‌نامه در دامنه‌ی ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر از ۳۰ در این پرسش‌نامه، نشان‌دهنده‌ی وجود مشکلات دل‌بستگی در کودکان است. آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه‌ی اختلال دل‌بستگی راندولف برابر با ۰/۸۳ محاسبه شد که این میزان حاکی از همسانی درونی مطلوب سئوال‌ات پرسش‌نامه می‌باشد. این ضریب همسانی درونی با ضریب همسانی درونی با استفاده از روش دو نیمه کردن که توسط راندولف به دست آمد یعنی ۰/۸۴ برای گروه مبتلا به اختلال دل‌بستگی و ۰/۸۱ برای گروه دارای مشکلات رفتاری اما فاقد اختلال دل‌بستگی قابل مقایسه است. حساسیت این پرسش‌نامه برابر با ۱۰۰ و ویژگی آن برابر با ۹۰ است. به عبارت دیگر این پرسش‌نامه توانسته است ۱۰۰ درصد بیماران را بیمار و ۹۰ درصد افراد سالم را سالم تشخیص دهد. این میزان از حساسیت و ویژگی حاکی از قدرت تست در تشخیص عضویت گروهی افراد می‌باشد و از این جهت می‌توان آن را دارای روایی تشخیصی دانست (۲۲).

۲- پرسش‌نامه‌ی سلامت روان ائتاریو: این پرسش‌نامه توسط بویلی در سال ۱۹۹۳ جهت سنجش سلامت روانی کودک و بر اساس رفتار کودک در ۶ ماه گذشته تهیه شده است و دوره‌ی سنی ۶ تا ۱۶ سال را در برمی‌گیرد. مقیاس دارای دو بخش است. بخش A دربرگیرنده‌ی اختلالات برونی شامل بیش‌فعالی-نقص توجه، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای است و بخش B اختلالات درونی شامل افسردگی، اضطراب جدایی و فزون‌اضطرابی را شامل می‌شود. در این پژوهش سه اختلال افسردگی، فزون‌اضطرابی و نافرمانی مقابله‌ای مورد توجه قرار گرفته است. به همین دلیل صرفاً از زیرمقیاس‌های مربوطه استفاده شده است. در ارزیابی بویلی و همکاران (به نقل از امیری) پایایی این آزمون با روش آزمون-بازآزمون ۰/۸ گزارش شد که این پایایی با سایر چک لیست‌های مشکلات

دقیقه‌ای بر روی مادران گروه آزمون اجرا شد. هر جلسه شامل دو بخش درمان و زمان استراحت بود. روش سناریو سازی برای تفهیم بهتر موارد درمانی استفاده می‌شد. در امر آموزش از کتابچه‌ی راهنما برای والدین و پخش فیلم آموزشی از طریق پرده‌ی نمایش و ویدئو پروژکتور نیز به منظور تفهیم بهتر مطالب کمک گرفته شد.

در ادامه با ارایه‌ی راهکارهایی به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد تا در طول آموزش و درمان، شرایط زندگی خود را به گونه‌ای ثابت نگهدارند تا فقط متغیرهای درمانی پژوهش در سیر صعودی یا نزولی علایم و مشکلات کودکان موثر واقع گردد و تا حد امکان از تاثیرگذاری متغیرهای مزاحم بر متغیرهای وابسته جلوگیری گردد. در طول اجرای درمان ۱ نفر از اعضای گروه آزمون به علت بیماری ریزش داشت که به ناچار یک نفر از اعضای گروه شاهد نیز به طور تصادفی حذف گردید. به منظور رعایت اصول اخلاقی، شرکت‌کنندگان پژوهش بدون ذکر نام و از طریق کدگذاری در پژوهش شرکت داده شدند و مختار بودند که در صورت عدم تمایل از ادامه‌ی شرکت در جلسات درمانی انصراف دهند. همچنین افرادی که در گروه شاهد قرار داشتند نیز پس از پایان کامل مراحل پژوهشی به مدت پنج جلسه تحت درمان مبتنی بر دل‌بستگی قرار گرفتند که عناوین و موضوع جلسات درمانی مداخله مبتنی بر دل‌بستگی در جدول ۱ اشاره شده است.

به منظور پیشگیری از سوگیری و تورش پژوهشگر و شرکت‌کنندگان، این پژوهش تا حد امکان به روش دو سو کور انجام گردید، به این ترتیب مادران شرکت‌کننده به طور مشخص نمی‌دانستند که کدام جنبه از مسایل عاطفی و وضعیت سلامت روانی دختران‌شان مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. به علاوه تجزیه و تحلیل نتایج نهایی نیز توسط متخصص آماری که از روند پژوهش ناآگاه بود، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ و به کمک آمار استنباطی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کوواریانس انجام پذیرفت.

ابزار سنجش:

۱- پرسش‌نامه‌ی اختلال دل‌بستگی کودکان: این پرسش‌نامه برای معرفی اختلالات دل‌بستگی ساخته شده و یک چک لیست

نمایش‌نامه‌سازی امکان تمرین آموخته‌ها را در جلسه‌ی درمان و بدون حضور کودکان فراهم نموده و به مادران کمک می‌کند که بتوانند در منزل و خارج از جلسه‌ی درمان نیز آموخته‌های خود را به معرض آزمایش بگذارند. تمرینات مادران شامل اجرای روزانه‌ی روش‌های آموخته شده در هر جلسه و یادداشت بازخوردهای کودکان‌شان بود. بررسی تمرینات انجام شده در هر جلسه و مشاهده‌ی پیشرفت تدریجی کودکان و بر طرف نمودن مشکلات احتمالی مادران در زمینه‌ی ارتباط با کودکان‌شان باعث دلگرمی هرچه بیشتر آنان به ادامه‌ی روند درمان می‌شد. در این پژوهش تنها یک نفر از اعضای گروه آزمون، ریزش داشت و تمامی شرکت‌کننده‌ها جلسات درمان را به طور مرتب دنبال می‌نمودند.

از علل کم بودن میزان ریزش در این پژوهش می‌توان به تحصیل کرده بودن مادران، علاقه‌مندی آنان به کاهش مشکلات رفتاری فرزندان‌شان و عدم دریافت هزینه برای جلسات درمانی اشاره کرد. میزان رضایت مراجعین از درمان، درمانگر محتوای جلسات، راهبردهای درمان و نتایج درمان در پایان درمان از طریق یک مقیاس ۶ درجه مورد سنجش قرار گرفت که دامنه‌ی نمرات از ۴ تا ۶ بود (میانگین = ۴/۵، انحراف معیار = ۰/۹). درمان توسط یک فارغ‌التحصیل کارشناسی ارشد روان‌شناسی که ۶ ماه دوره‌ی درمان مبتنی بر دل‌بستگی را دیده بود به این شرح انجام شد.

نتایج

شرکت‌کنندگان این پژوهش را دختران دبستانی مبتلا به اختلالات رفتاری و مشکلات دل‌بستگی و مادران آنان تشکیل می‌دادند. جلسات درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر روی مادران انجام شده و چگونگی اثربخشی آن بر روی دختران‌شان بررسی گردید. در جدول ۲ به بررسی میانگین و انحراف معیار تعدادی از ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان پرداخته شده است.

بررسی نتایج آزمون تی نشان داد که اعضای دوگروه آزمون و شاهد از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سن دختران و مادران و تحصیلات مادران و پدران تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > 0/05$)، به علاوه بررسی سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

رفتاری کودکان قابل مقایسه است. هم‌چنین توانایی این آزمون در تشخیص مراجعات کلینیکی والدین به مراکز درمانی، ۰/۸۲ گزارش شد (۲۳). هم‌چنین روایی تشخیصی فرم فزون‌اضطرابی ۰/۶۵ محاسبه شد که همگی در سطح $\alpha = 0/001$ معنی‌دار است. در پژوهش دیگری نیز قابلیت اعتماد این آزمون برای فزون‌اضطرابی ۰/۸۵، تضادورزی ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۷۸ محاسبه شد (۲۴).

طرح درمان مبتنی بر دل‌بستگی که برداشتی تلفیقی و ترکیبی از فرمت درمانی اصول حساس‌سازی مادر بریش^۱ (۲۵)، اصول پاسخ‌دهی مناسب به کودک فرایبرگ^۲ (۲۶)، مبانی رفتار همدلانه با مادر از سوی درمانگر پاول و لیبرمن^۳ (۲۷)، روش‌های دل‌بستگی و ارتباط اروین^۴ (۲۸)، الگوی دل‌بستگی درمانی کراس^۵ (۲۹)، روش‌های کاهش مشکلات رفتاری کودکان در مدرسه‌ی اپستین و رویین^۶ (۳۰)، روش قصه‌گویی برای کودکان دارای اختلال دل‌بستگی نیکولز^۷ (۳۱)، دل‌بستگی درمانی تحولی لفر-مک جونووا^۸ (۳۲)، تکنیک مدیریت تنش، بازی درمانی، نمایش‌نامه‌سازی و ... است، در این پژوهش به کار گرفته شد. موضوعات هر نمایش‌نامه کاملاً با فرهنگ ایرانی و طبقه‌ی متوسط اقتصادی-اجتماعی جامعه مطابقت داده شده بود. در این روش، درمانگر موقعیتی واقعی را در مورد تعامل مادر و کودک در زمینه‌ی یک مبحث خاص مثلاً پاسخ دهی به یک نیاز کودک مثال می‌آورد و از مادران نیز می‌خواهد که آن را تجسم کنند و واکنش خود در آن موقعیت را بیان نمایند.^۹

¹Brisch

²Fraiberg

³Pawl and Liberman

⁴Erwin

⁵Cross

⁶Epstein and Robin

⁷Nicholes

⁸Lefebvre-McGenva

^۹ برای مثال درمانگر گفت: تصور کنید شما در آشپزخانه هستید و فرزندان از اتاق نشیمن شما را صدا می‌زنند، واکنش‌تان چیست؟ حال فرض کنید مشغول ظرف شستن هستید، در این حال چه می‌کنید؟ اگر مشغول پختن غذا باشید چه؟ فرض کنید غذا را رها کنید، به سراغ کودک بیایید ولی بفهمید که برای کارمهی شما را نخوانده باشد، چه می‌کنید؟ اگر باز به سراغ کارتان بازگردید و این بار شما را صدا بزند چه می‌کنید؟ چه برخوردی از خودشان می‌دهید و الی آخر ...

اعضای گروه آزمون و شاهد از جمله ترتیب تولد دختران، وضعیت اجتماعی- اقتصادی و تعداد فرزندان خانواده نیز ارزیابی شد، اما بررسی نتایج آزمون خبی دو نشان داد که اعضای دوگروه آزمون و شاهد از لحاظ این ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ذکر شده نیز تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > 0.05$)، بنابراین به علت عدم وجود همبستگی بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیر وابسته، نیازی به کنترل آماری آن‌ها نبود.

جدول ۱- ساختار جلسات درمان مبتنی بر دل‌بستگی

جلسات	محتوای جلسه
اول	توضیح دل‌بستگی، مشکلات دل‌بستگی، علائم اختلالات رفتاری کودکان و چگونگی ارتباط سلامت روان با دل‌بستگی در کودکان
دوم	منطق درمان و تعیین اهداف آن، تشریح نیازهای روانی و فیزیولوژیکی کودک و لزوم پاسخ‌دهی به نیازها، آموزش تکنیک دردسترس بودن مادر، آموزش تکنیک نمایش‌نامه‌سازی و تمرین آن، نمایش‌نامه‌سازی درباره‌ی چگونگی پاسخ‌دهی به نیازهای کودک و تمرین آن با مادران
سوم	تکنیک ارتباط کلامی با کودک، تکنیک قصه‌گویی، نمایش‌نامه‌سازی درباره‌ی پرسش و پاسخ و ارتباط کلامی مادر و کودک و تفهیم جایگاه کودک در خانواده و ایجاد احساس ارزشمندی و عزت نفس در وی
چهارم	لزوم تداوم و ثبات رفتار مثبت به منظور ترمیم حس اعتماد مختل در کودک، آموزش تکنیک تماس (جسمی و به ویژه چشمی)، نمایش‌نامه‌سازی درباره‌ی چگونگی ابراز محبت واقعی به کودک، در آغوش کشیدن، نوازش کردن و بوسیدن کودک
پنجم	بازی مشارکتی والد-کودک، تسهیل روابط دوستی کودک با همگنان و تشویق او به ایجاد ارتباط، فراهم کردن زمینه‌ی مشارکت فعال کودک در وظایف گروهی در مدرسه، نمایش‌نامه‌سازی درباره‌ی همراهی فعال با کودک در بازی، شوخی با کودک و خندانیدن وی
ششم	همکاری فعال در امور کودک، نمایش‌نامه‌سازی درباره‌ی چگونگی همکاری و تعامل مادر-کودک در امور مربوط به کودک به منظور افزایش تعامل مثبت مادر-کودک و پرهیز از اجبار
هفتم	بررسی مسایل رفتاری حل نشده کودکان، آموزش شاد و مهیج ساختن محیط زندگی کودک به منظور کاهش میزان افسردگی مادر و کودک، آموزش تکنیک تقویت کلامی کودک و پرهیز از انزوای کودک
هشتم	آموزش تکنیک مدیریت تنش در خانواده متمرکز بر کاهش میزان اضطراب کودک، آموزش تکنیک اطمینان‌بخشی به کودک در مورد حمایت همیشگی والدین از کودک و ترسیم آینده‌ی روشن برای کودک، نمایش‌نامه‌سازی درباره‌ی افزایش تفریحات شاد والد-کودک
نهم	آموزش تکنیک والدین تماشاچی در مورد رفتارهای نافرمانی مقابله‌ای، آموزش تکنیک تقویت افتراقی رفتارهای مثبت
دهم	گفتگو درمورد موانع موجود در به‌کارگیری تکنیک‌های آموزش داده شده، تشریح اهمیت تداوم عمل به آموخته‌ها به منظور ایجاد اعتماد اطمینان و ترمیم دل‌بستگی مادر-کودک، تبادل نظر درمورد میزان دستیابی به اهداف اولیه‌ی طرح درمانی و در نهایت جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی گرایش مرکزی متغیر وابسته‌ی نمره‌ی کل اختلالات رفتاری را به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد. از آن جا که کسب نمره‌ی بیشتر در علائم این دسته از اختلالات رفتاری نشان از شدت علائم دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات اختلالات رفتاری گروه آزمون در پس‌آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری دارد ($P < 0.05$) این کاهش به صورت معنی‌داری در مرحله‌ی پی‌گیری گروه آزمون نیز دیده شد ($P < 0.05$).

جدول ۲- مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک مراحل و گروه‌ها

متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه‌ها	تعداد	سن دختران		سن مادران		تحصیلات مادران (به سال)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۶	۹/۴۴	۱/۳۶	۳۴/۳۸	۳/۶۳	۱۴/۲۵	۲/۷۵
گواه	۱۶	۹/۵۰	۱/۰۹	۳۵/۶۲	۳/۸۷	۱۳/۷۳	۱/۶۷

جدول ۴ مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه‌ی دو گروه از لحاظ پس‌آزمون و پی‌گیری پس از کنترل پیش‌آزمون می‌باشد. چنان چه مشاهده می‌شود بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0.001$). به دلیل این که تنها پیش‌آزمون با نمرات اختلالات رفتاری در پس‌آزمون و پی‌گیری رابطه دارد، لذا

مرحله‌ی پی‌گیری تبیین می‌کند. در نتیجه کاهش میزان اختلالات رفتاری مذکور تا حد زیادی بهبود سلامت روان گروه آزمون را در پی داشت.

جدول ۳- مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار نمرات کل علائم اختلالات رفتاری در دختران دبستانی به تفکیک مراحل و گروه‌ها

گروه	مراحل	انحراف معیار	میانگین
شاهد	پیش‌آزمون	۶/۴۱	۲۵/۵۶
	پس‌آزمون	۶/۴۵	۲۶/۶۲
آزمون	پی‌گیری	۶/۳۴	۲۷/۲۵
	پیش‌آزمون	۴/۸۹	۲۴/۵
	پس‌آزمون	۶/۳۹	۱۸/۳۸
	پی‌گیری	۴/۶۶	۱۶/۶۲

پیش‌آزمون متغیر مداخله‌گر محسوب شده و باید کنترل گردد. در واقع آن بخش از واریانس نمرات اختلالات رفتاری که مربوط به پیش‌آزمون است از کل واریانس نمرات آن کسر می‌گردد، لذا پیش‌آزمون به عنوان متغیر همگام وارد تحلیل کوواریانس شده تا اثر آن از روی واریانس عضویت گروهی برداشته شود. با این وجود حتی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه از لحاظ پس‌آزمون و پی‌گیری مربوط به نمره‌ی افسردگی، فزون‌اضطرابی، نافرمانی مقابله‌ای و نمره‌ی کل این دسته از اختلالات رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد و عضویت گروهی به ترتیب ۰/۳۸، ۰/۵۰، ۰/۲۷ و ۰/۷۲ درصد از تغییرات مربوط به نمره‌ی کل این علائم را در پس‌آزمون و ۰/۵۰، ۰/۵۳ و ۰/۳۳ و ۰/۸۵ درصد از این تغییرات را در

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر مداخله‌ی درمانی بر میزان اختلالات رفتاری دختران دبستانی

مراحل	متغیر وابسته	متغیرهای پژوهش	درجه‌ی آزادی	F	سطح معنی‌داری	اندازه‌ی اثر	توان آماری
پس‌آزمون	افسردگی	پیش‌آزمون	۱	۶۵/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۸
پی‌گیری	افسردگی	پیش‌آزمون	۱	۱۱۷/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۶۱/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۷
		پیش‌آزمون	۱	۹۲/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۱۱/۰۴	۰/۰۰۲	۰/۲۷	۰/۸۹
پی‌گیری	افسردگی	پیش‌آزمون	۱	۲۰۷/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۰/۹۸
		عضویت گروهی	۱	۷۶/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۰/۹۹
		پیش‌آزمون	۱	۵۵/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۳۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹
		پیش‌آزمون	۱	۷۸/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۸۴/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۹۹
		پیش‌آزمون	۱	۶۱/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۱۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۶
		پیش‌آزمون	۱	۱۷۷/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۱۶۵/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۰/۹۹

بحث و نتیجه‌گیری

ارتباط محسوب می‌شود (۳۳). ارتباط والد-کودک نیز بدون وجود اعتماد کامل دوطرفه، ارتباط ایمن و مطلوبی محسوب نمی‌شود و نتیجه‌ی آن چیزی به جز مشکلات رفتاری و رفتارهای منفی کارانه کودک در برابر مادر نخواهد بود و عدم تصحیح این ارتباط و تداوم نایمندی دل‌بستگی پیامدهای منفی زیادی برای مادر و کودک خواهد داشت (۳۴). هدف این

کودکی که از ابتدای تولد امنیت حاصل از وجود مادر را به طور کافی احساس ننموده است، در زمان مناسب مادر را در دسترس نیافته است و تماس جسمی و به خصوص تماس چشمی مناسب با مادر را تجربه ننموده است، نمی‌تواند به مادر اعتماد کند و این در حالی است که اعتماد، پایه‌ی اصلی هر

پژوهش آزمودن اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر میزان سلامت روان در دختران دارای مشکلات دلبستگی و اختلالات رفتاری بود. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت کنترل متغیرهای هم‌گام، نشان داد که گروه آزمون پس از تعدیل میانگین‌ها و کنترل متغیرهای مداخله‌گر در مجموع کاهش معنی‌داری را در نمرات علایم افسردگی، فزون‌اضطرابی، نافرمانی مقابله‌ای و نمره‌ی کل این دسته از اختلالات رفتاری نسبت به گروه شاهد به دست آورد.

با توجه به نتایج مرحله‌ی پس‌آزمون به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر دلبستگی در بهبود سلامت روان موثر می‌باشد. از دیگر یافته‌های مهم این است که نتایج مرحله‌ی پی‌گیری را می‌توان موید این مطلب دانست که درمان مبتنی بر دلبستگی موجب تعمیق و پایداری اثرات درمان می‌شود. این مسئله از یک سو ناشی از ارتباط اختلالات رفتاری و مشکلات دلبستگی در کودکان است و از سوی دیگر نشان می‌دهد که اختلالات رفتاری تنها نشانه‌ای مبنی بر وجود مشکل در زندگی کودک هستند و با بهبود تعاملات والد-کودک و رفع مشکل پایه می‌توان مشکلات رفتاری کودکان را نیز مرتفع و به بهبود سلامت روان آنان کمک نمود. کودکان و بزرگسالان ایمن در زمان تنش و خطر، به احتمال زیادی رفتارهای دلبستگی ایمن را از خود به نمایش می‌گذارند (۳۵). به عکس، افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن به خاطر ناتوانی و عدم انعطاف‌پذیری در پاسخ‌دهی مناسب به موقعیت‌های نامطلوب، دچار مشکلات رفتاری و روان‌شناختی خواهند شد و دلبستگی درمانی کمک موثری به درمان این اختلالات می‌نماید (۳۶). هانسون و اسپرات^۱ روش‌های درمانی مبتنی بر دلبستگی را برای کودکان مورد سوءاستفاده قرارگرفته پیشنهاد می‌کنند. آنان معتقدند مشکلات دلبستگی به میزان زیادی با سوءاستفاده‌ی جسمی و جنسی در ارتباطند (۱۴). فهم عوامل زیربنایی ایجادکننده‌ی مشکلات دلبستگی به درمان اختلالات رفتاری ناشی از مشکلات دلبستگی نیز کمک می‌نماید (۳۷). خانجانی نیز در بررسی خود به این نتیجه رسید که کودکان کمتر از ۳ سال که بیشتر از ۳۵ ساعت در هفته تحت مراقبت غیرمادرانه

اصلاح و درمان اختلالات رفتاری کودکان آن‌جا اهمیت بیشتری می‌یابد که مطالعات متعدد حاکی از آنند که عدم درمان این اختلالات پیش‌بینی‌کننده مهمی برای ابتلا به برخی از اختلالات ضد اجتماعی در آینده محسوب می‌شود (۴۱-۳۹).

هر پژوهش با محدودیت‌هایی رو به رو است و پژوهش حاضر نیز از این امر مستثنی نیست. این پژوهش برای اولین بار در داخل کشور انجام شده و برای مقایسه‌ی نتایج آن با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده، پیشینه‌ی داخلی وجود ندارد که با توجه به اهمیت مسئله‌ی دلبستگی و اثربخشی بالای مداخله‌ی مبتنی بر دلبستگی، بررسی اثربخشی این درمان در مورد سایر اختلالات کودکی که ریشه در ناایمن بودن دلبستگی دارند پیشنهاد می‌گردد. هم‌چنین از آن‌جا که در این پژوهش، از روش درمان گروهی استفاده شد، پیشنهاد می‌شود این شیوه‌ی درمانی به صورت فردی نیز مورد بررسی واقع گردد و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند. به علاوه اثر

^۱Hanson and Spratt

توجه به این که پژوهش حاضر بر روی نمونه‌ای از دانش‌آموزان دختر دوره‌ی ابتدایی شهر اصفهان انجام شده است، بنابراین باید در تعمیم نتایج به سایر افراد احتیاط شود. پژوهش‌های می‌توانند با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی در مورد سایر اختلالات اضطرابی در جمعیت گسترده‌تر و در هر دو جنس، برای درمان اختلالات رفتاری و ارتقای سطح سلامت روان کودکان لازم است.

دارودرمانی، درمان گروهی و جلسه‌ی مصاحبه نیز می‌تواند به عنوان محدودیت‌های پژوهش حاضر، مد نظر قرار گیرد. از سوی دیگر با توجه به ریشه‌دار بودن مقوله‌ی مشکلات دلبستگی، انجام پی‌گیری طولانی‌تر در پژوهش‌های آتی توصیه می‌گردد. عدم همکاری پدران برای شرکت در جلسات درمانی خصوصاً در پژوهش حاضر، از محدودیت‌هایی بود که می‌توان تا حد امکان در مطالعات بعدی مد نظر قرار داد. با

References

1. Moury K, Lopez A. [Summary of disease prevalence]. Shadpour P. (translator). 1st ed. Tehran: Ministry of Health Care and Medical Education; 1999: 23-4. (Persian)
2. Mirkamali M. [Leadership and educational management]. 1st ed. Tehran: Yastaroun; 1995: 14. (Persian)
3. Shams Alizade Sh, Bolhari J, Shahmohamadi D. [Investigation on prevalence of mental disorders in villages areas in Tehran]. Journal of Andeeshe va Raftar 2002; 19-21. (Persian)
4. Bowlby J. Attachment and loss: Separation. 1st ed. New York: Basic books; 1973: 229, 41.
5. Mansur M, Dadsetan P. [Genetic psychology]. Tehran: Samt; 2003: 56. (Persian)
6. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: A comparison with depressed out-patients and healthy controls. Acta Psychiatr Scandinavi 2004; 109: 447-58.
7. Vanwagner K. Attachment theory. [cited 2008]. Available from : <http://psychology.about.com/od/loveandattraction/a/attachment01.htm>
8. Jahanbakhsh M. [Effect of attachment based therapy on behavioral problems in girl students of primary schools in Isfahan]. MA. Dissertation. Isfahan: Isfahan University, 2011: 101. (Persian)
9. Sadock BJ, Sadock W. [Behavioral psychiatry and clinical psychiatry]. Rezaei F. (translator). Tehran: Arjmand; 2010: 181-6. (Persian)
10. Isebella RA, Belsky J. Interactional synchrony and the origins of infant- mother attachment: A replication study. Child Dev 1991; 62: 373-84.
11. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatry Association; 2000: 371.
12. Behnke P. [Enhancing parent-child relation in children with characteristic of birth oppositional defiant disorder and attention deficit hyperactivity disorder]. MA. Dissertation. University of Toronto, 2002: 48.
13. Sable P. Attachment, etiology and adult psychotherapy. Attach Human Dev 2004; 6: 3-19.
14. Hanson RF, Spratt EG. Reactive attachment disorder: What we know about the disorder and implications for treatment. Child Maltreat 2000; 5: 137-45.
15. Werner-Wilson RJ, Davenport BR. Distinguishing between conceptualizations of attachment: Clinical implications in marriage and family therapy. Contemp Fam Ther 2003; 25: 179-93.
16. Thomas NL. Parenting children with attachment disorders. In: Levy TM. (editor). Handbook of attachment interventions. San Diego, CA: Academic; 2000: 131.

17. Fowler C. Increasing adoption opportunities for special needs children: County Department of Family Services. Washington, DC: National Adoption; 1998: 12-4.
18. Byng-Hall J. Attachment theory and family therapy: A clinical view. *Infant Ment Health J* 1990; 11: 228-36.
19. Byng-Hall J. Creating a secure base: Some implications of attachment theory for family therapy. *Fam Process* 1995; 34: 45-8.
20. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Rev Psychiatr* 2004; 12: 94-104.
21. Morgan PS. Frequency of RAD diagnosis and attachment disorder in community mental health agency clients. United States-Kentucky: University of Louisville; 2004: 44.
22. Movahed M. [Standardization of Randolph children`s attachment styles questionnaire]. MA. Dissertation. Isfahan: University of Isfahan, 2008: 51-3. (Persian)
23. Amiri Sh. [Developmental investigation on conflict in social status group]. *Journal of Iranian Psychologists* 2004; 1: 85-6. (Persian)
24. Morgan PS. Frequency of RAD diagnosis and attachment disorder in community mental health agency clients. United States-Kentucky: University of Louisville; 2004: 123-38.
25. Brisch KH. Treating attachment disorders: From theory to therapy. New York: Guilford; 2002: 58- 117.
26. Fraiberg S. Pathological defenses in infancy. *Psychoanal Q* 1982; 51: 612-35.
27. Pawl J, Liberman AF. Infant- parent psychotherapy. In: Noshpitz J. (editor). *Handbook of child and adolescence psychiatry*. New York: Basic book; 1997: 185-213.
28. Erwin Ph. Friendship in childhood and adolescence. USA and Canada: Rutledge; 1998: 23.
29. Cross K. Reactive attachment disorder and attachment therapy. *The scientific review of mental health practice* 2002; 1(2): 213-36.
30. Epstein M, Robin W. Reducing behavior problems in the elementary school classroom. US: Institute of Education Sciences; 2010: 143-66.
31. Nicholes M. Family attachment narrative therapy: Telling healing stories. [cited 2004]. Available from: <http://www.FamilyAttachment.Com/database/HNSRCPDF/view-.pdf>
32. Lefebre-McGenva JA. Developmental attachment- based play therapy (ADAPT (TM)): A new treatment for children diagnosed with reactive attachment and developmental trauma disorders. MA. Dissertation. University of Hartford; 2006: 66-8.
33. Sumpter JM. Research exchange. Reactive attachment disorder: Developing a developmental perspective. [cited 2011]. Available from: <http://www.epublications.marquette.edu/researchexchange/2011/Papers/3>.
34. Karver MS, Caporino N. The use of empirically supported strategies for building a therapeutic relationship with an adolescent with oppositional-defiant disorder. *CogBehavPract* 2010;17(2):222-32.
35. Pistole MC. Attachment: Implications for counselors. *J Couns Dev* 1989; 68: 190-3.
36. Carlson EA, Sroufe LA. Contributions of attachment theory to developmental psychopathology. *Dev Psychopath* 1995; 1: 581-617.
37. Marvin RS, Whelan WF. Disordered attachments: Toward evidence-based clinical practice. *Attach Hum Dev* 2003; 5: 283-8.
38. Khanjani Z. [Relation between contemporary mother-child separation with attachment figure and children`s behavioral problems]. *Journal of literature of Human Sciences* 2002; 45: 127-62. (Persian)
39. Burke JD, Hipwell AE. Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49(5): 484-92.

40. Pardini DA, Frick PJ, Moffitt TE. Building an evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: Introduction to the special section. *J Abnorm Psychol* 2010; 119(4): 638-88.
41. Kolko DJ, Pardini DA. ODD dimensions, ADHD, and callous-unemotional traits as predictors of treatment response in children with disruptive behavior disorders. *J Abnorm Psychol* 2010; 119(4): 713-25.

