اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر علایم افسردگی در دختران دارای مشکلات دلبستگی

مرضیه جهان‌بخش[1]، شعله امیری[2]، محمدحسین بهادری[3]، حسین مولوی[4]، آذر جمشیدی[5]

چکیده

زمینه و هدف: ماهیت پیچیده مشکلات عاطفی کودکان به کارگیری درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر علایم افسردگی دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی با مشکلات دلبستگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد بود. نمونه هدف ۳۴ نفر بودند که از بین ۳۸۸ نفر از دانش‌آموزان مقطع دوم و چهارم ابتدایی شهر اصفهان انتخاب شدند که بیشترین نمره را در مشکلات مربوط به دلبستگی و علایم افسردگی به دست آوردند. ارزیابی با استفاده از پرسش‌نامه مشکلات دلبستگی Randolph (RADQ یا Randolph attachment disorder questionnaire) و فرم سلامت روان کودکان انتاریو انجام شد. مادران در ۱۰جلسه گروهی درمان مبتنی بر دلبستگی شرکت کردند و تأثیر آن بر میزان افسردگی کودکانشان طی دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه بررسی شد. نتایج حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار $SPSS_{16}$ و به کمک آمار توصیفی و استنباطی مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: از آن جا که کسب نمره بیشتر در علایم اختلال افسردگی نشان از شدت علایم دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات افسردگی گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه شاهد به میزان معنی‌داری پایین‌تر است ($P < ۰/۰۵$). میزان کاهش علایم افسردگی گزارش شده توسط آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون ۰/۳۸ و در پیگیری سه ماهه ۰/۵۰ بود.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر دلبستگی در کاهش علایم افسردگی دختران دارای مشکلات دلبستگی مؤثر بود و پایبندی مادران به تداوم روش‌های درمانی باعث بهبودی بیشتر در مرحله پس‌آزمون شد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر دلبستگی، افسردگی، مشکلات دلبستگی، سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی ناایمن.

نوع مقاله: تحقیقی

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۲/۱۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۸

مقدمه

افسردگی به عنوان سرماخوردگی شایع بهداشت روان نامیده شده است، ولی همیشه در همین حد سرماخوردگی روانی باقی نمی‌ماند و فراتر رفته، درمان‌های جدی روان‌شناختی را می‌طلبد (۱). افسردگی کودکی مانند افسردگی بزرگ‌سالان، می‌تواند طیفی از علایم، از پاسخ طبیعی تا غمگینی و ناامیدی در وقایع پر استرس زندگی تا صدمه وخیم که منجر به افسردگی بالینی می‌شود، را در بر می‌گیرد (۲). کودکان مقطع

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: m_jahanbakhsh63@yahoo.com

۲- دانشیار، گروه کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۵- مدرس دانشگاه، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.4.7]

دبستان به طور شناختی قادرند عوامل استرس‌زا را درونی کنند (مثل تضادهای خانوادگی، انتقاد، شکست در موفقیت تحصیلی)، این امر به نوبه خود موجب اعتماد به نفس پایین و احساس گناه زیاد در کودک می‌شود. به این دلیل که خطر شکست تحصیلی و خودکشی در کودکان افسرده خیلی بالا است، ارجاع فوری یا همکاری نزدیک با یک متخصص روانی اغلب ضروری است (۳).

امروزه برداشت ما از افسردگی با توجه به دانش جدید درباره ریشه‌ها و علل شناختی و رفتاری اختلالات خلقی با گذشته بسیار متفاوت است. بر پایه یافته‌های جدید، می‌توان افسردگی کودکان را در بسیاری از موارد آثار باقی مانده از ناایمنی دلبستگی و ارتباط والد- کودک در سال‌های اولیه زندگی دانست. کودکان افسرده اغلب از نامساعد بودن محیط زندگی و به ویژه از ارتباط معیوب با والدین در رنج به سر می‌برند (۶-۴). Vanwagner می‌گوید ناکامی در شکل دادن دلبستگی مطمئن در ماه‌های اول زندگی، می‌تواند تأثیرات منفی بر روی رفتارهای دوران کودکی و نیز بزرگ‌سالی داشته باشد (۷). کودکانی که اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی و یا نافرمانی مقابله‌ای، برایشان تشخیص داده شده است، اغلب دچار مشکلات دلبستگی و دارای تاریخچه‌ای از بدرفتاری، غفلت یا آسیب‌های دوران اولیه کودکی می‌باشند. Bowlby در تأکید بر اهمیت ارتباط مادر و کودک معتقد است که بسیاری از اشکال روان آزردگی‌ها و اختلال‌های شخصیت، حاصل محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا عدم ثبات رابطه کودک با چهره دلبستگی است (۸). Bowlby (به نقل از Stevenson و Shouldice) بر اهمیت سبک رفتار مادری و تأثیر آن بر دلبستگی کودک تأکید کرده است (۹). شکست مادر در ایجاد یک ارتباط گرم، حساس و پاسخ دهنده در سال اول زندگی مشکلات خلقی و رفتاری پایداری در کودک ایجاد می‌کند (۱۰). هر شکافی در مبادله مادر- کودک ایجاد شود، می‌تواند تأثیر منفی قاطعی بر تحول شخصیت کودک داشته باشد و در آینده به اختلالات کم و بیش وخیم مرضی منجر گردد (۱۱). Fongy (به نقل از Myhr و همکاران) اظهار می‌دارد که تجارب اولیه بین مادر و کودک می‌تواند به دلبستگی نا ایمن منجر شود، که هر چند پدیده مرضی نیست، اما می‌تواند به پدیده‌های مرضی در بزرگ‌سالی منجر شود (۱۲). تحقیقات فراوانی مؤید این نکته است که عدم ایمنی پیوند دلبستگی، فرد را در مخاطره مشکلات روانی، رفتاری و ارتباطی فراوانی قرار می‌دهد. پژوهش جهانبخش نشان داد که بین مشکلات دلبستگی و میزان افسردگی در دختران همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۱۳). به علاوه میان دو متغیر امنیت دلبستگی و سبک شفقت و دلسوزی مادر که شامل لحن ملایم در سخن گفتن، دستور دهندگی کمتر، اظهارات لذت‌بخش، شکیبا بودن، تسکین دادن فوری و پاسخ دهندگی کلی به انواع رفتار کودک، همچنین تعاملات اجتماعی که به طور دو جانبه پاداش دهنده هستند، نیز ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۵، ۱۴). علایم اضطراب، افسردگی و یا خشم می‌توانند نشان دهنده تجربیات عاطفی منفی از روابط دلبستگی در گذشته و یا حال باشند (۱۶).

فهم عوامل زیربنایی ایجادکننده مشکلات دلبستگی، به درمان اختلالات خلقی و رفتاری ناشی از مشکلات دلبستگی نیز کمک می‌نمایند (۱۷). Hanson و Spratt خاطر نشان می‌کنند که در سال‌های اخیر، درصد کودکان مبتلا به مشکلات دلبستگی رو به افزایش است (۱۸). از نظر DSM-IV-R، اختلال دلبستگی بسیار نادر است، اما منابع جدیدتر معتقدند که اختلال دلبستگی به طور تقریبی شایع است. Werner-Wilson و Davenport تخمین می‌زنند که حدود ۱ میلیون کودک در ایالات متحده آمریکا و به طور تقریبی نیمی از کودکان به فرزندی سپرده شده، دارای اختلال دلبستگی هستند (۱۹). Thomas معتقد است که مناسب‌ترین درمان برای کودکان مبتلا به اختلالات دلبستگی و مسایل ناشی از آن ارایه مداخله مبتنی بر دلبستگی است (۲۰). Fowler تأکید می‌کند که برای تأثیرگذار بودن درمان لازم است به جای تمرکز کامل بر کودک، خانواده و مراقبان اصلی کودک نیز تحت درمان قرار بگیرند (۲۱). هدف اصلی خانواده

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.4.7]

درمانی با رویکرد دلبستگی درمانی، ایجاد یک پایگاه و تکیه‌گاه ایمن برای کودک در خانواده است (۲۲). وقتی که به خانواده آموزش دهند که چه طور 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 (۲۳).

از این رو، با توجه به اهمیت مقوله دلبستگی و مسایل عاطفی عدیده‌ای که از عدم تشکیل صحیح چنین ارتباطی از طرف کودک با والدین به وجود می‌آید و از آن جایی که تحقیقات همه‌گیر شناختی، میزان شیوع افسردگی کودکان را رقم چشم‌گیری گزارش نموده‌اند، پژوهشگر بر آن شد که به بررسی میزان اثربخشی دلبستگی درمانی بر میزان افسردگی در دختران دارای مشکلات دلبستگی نماید. سؤال این پژوهش نیز از این قرار بود که آیا درمان مبتنی بر دلبستگی در کاهش علایم افسردگی دختران دارای مشکلات دلبستگی مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از دسته طرح‌های تجربی و کاربردی است که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد به همراه پیگیری سه ماه و با استفاده از گزینش تصادفی عضویت گروهی اجرا شد. انتخاب نمونه بر این مبنا صورت گرفت که ناایمنی دلبستگی در سنین دبستان به میزان بیشتری خود را در غالب افسردگی و مشکلات اضطرابی نشان می‌دهد. به منظور کنترل متغیر جنسیت، این پژوهش بر روی گروه دختران انجام گرفت. به علاوه با هدف کنترل متغیرهای مزاحم، از انتخاب نمونه از بین دانش‌آموزان مقطع اول و پنجم که به ترتیب دارای مشکلات عاطفی گذار از خانه به مدرسه و اضطراب ناشی از امتحانات نهایی بودند، صرف نظر شد. همچنین به منظور بررسی تحولی اثربخشی درمان در سنین مختلف، نمونه با اختلاف سنی ۲ سال و از بین دانش‌آموزان مقطع دوم و چهارم گزینش شد. در ابتدا به روش خوشه‌ای تصادفی از بین مدارس ابتدایی دخترانه شهر اصفهان، ۱۲ مدرسه انتخاب شدند و از بین ۳۸۸ نفر نمونه مقدماتی، ۳۴ نفر از دانش‌آموزان دختر مقطع دوم و چهارم ابتدایی، با دامنه سنی ۱۲-۸ سال که طی تکمیل دو پرسش‌نامه‌های مشکلات دلبستگی Randolph و بخش علایم افسردگی فرم سلامت روان کودکان انتاریو واجد ملاک‌های افسردگی و مشکلات دلبستگی تشخیص داده شدند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. به علاوه طی انجام مصاحبه افرادی که دارای مشکلات شخصیتی در محور ۲ تشخیص داده شدند و یا مشکلات حاد خانوادگی اعم از طلاق، از هم گسیختگی خانواده و جدایی یا از دست دادن منبع اصلی دلبستگی (والد یا مراقب اصلی) داشتند، وارد مطالعه نشدند. نمونه نهایی انتخاب شده به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۷ نفره شاهد و آزمایشی قرار گرفتند. سپس مداخله مبتنی بر دلبستگی به مدت ۱۰ جلسه درمان به صورت گروهی در مدرسه شهید عزیزی و به مدت دو ماه و نیم به صورت جلسات ۹۰ دقیقه‌ای بر روی مادران در گروه آزمایشی اجرا شد. پس از پایان مراحل پژوهشی به منظور رعایت اصول اخلاقی شرکت کنندگان پژوهش بدون ذکر نام و از طریق کدگذاری در پژوهش شرکت داده شدند و افرادی که در گروه شاهد قرار داشتند، نیز به مدت پنج جلسه تحت درمان مبتنی بر دلبستگی قرار گرفتند.

به منظور پیش‌گیری از سوگیری پژوهشگر و شرکت کنندگان، این پژوهش تا حد امکان به روش دو سو کور انجام شد. بدین ترتیب که مادران شرکت کننده 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، انجام پذیرفت.

طرح درمانی

درمان مبتنی بر دلبستگی به عنوان درمانی به طور نسبی جدید و مؤثر در زمینه اختلالات عاطفی و رفتاری شناخته شده است. این بسته درمانی، درمانی آزمون شده و تأیید شده

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.4.7]

جدول ۱. طرح درمانی

اول	توضیح دلبستگی، مشکلات دلبستگی،علایم 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 در دسترس بودن مادر، آموزش تکنیک سناریوسازی و تمرین آن، سناریوسازی چگونگی پاسخ‌دهی به نیازهای کودک و تمرین آن با مادران.
سوم	تکنیک ارتباط کلامی با کودک، تکنیک قصه‌گویی، سناریوسازی درباره 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)، سناریوسازی درباره 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 زمینه مشارکت فعال کودک در وظایف گروهی در مدرسه، سناریوسازی درباره همراهی فعال با کودک در بازی، شوخی با کودک و خنداندن وی.
ششم	همکاری فعال در امور کودک، سناریوسازی درباره 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 استرس در خانواده متمرکز بر کاهش میزان اضطراب کودک، آموزش تکنیک اطمینان بخشی به کودک در مورد حمایت همیشگی والدین از کودک و ترسیم آینده روشن برای کودک، سناریوسازی درباره افزایش تفریحات شاد والد- کودک.
نهم	آموزش تکنیک والدین تماشاچی در مورد رفتارهای نافرمانی مقابله‌ای، آموزش تکنیک تقویت افتراقی رفتارهای مثبت.
دهم	گفتگو در مورد موانع موجود در به کارگیری تکنیک‌های درمانی، تشریح اهمیت تداوم عمل به آموخته‌ها به منظور ایجاد اعتماد اطمینان و ترمیم دلبستگی مادر- کودک، تبادل نظر در مورد میزان دست‌یابی به اهداف اولیه طرح درمانی و در نهایت جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.

توسط Purnell (۲۴) و King و Newnham (۲۵) است که برداشتی تلفیقی و ترکیبی از فرمت درمانی اصول حساس‌سازی مادر «Brisch» (۲۶)، اصول پاسخ‌دهی مناسب به کودک «Fraiberg» (۲۷)، مبانی رفتار هم‌دلانه با مادر از سوی درمان‌گر «Pawl و Liberman» (۲۸)، تکنیک‌های دلبستگی و ارتباط «Erwin» (۲۹)، متد دلبستگی درمانی «Cross» (۳۰)، روش‌های کاهش مشکلات رفتاری کودکان در مدرسه«Epstein» (۳۱)، تکنیک قصه‌گویی برای کودکان دارای اختلال دلبستگی «نیکولز (به نقل از Family)» (۳۲)، دلبستگی درمانی تحولی «Mcgenva و Ann» (۳۳)، تکنیک مدیریت استرس، بازی درمانی، سناریو سازی و... می‌باشد (جدول ۱).

ابزار سنجش

۱- پرسش‌نامه اختلال دلبستگی کودکان (Randolph attachment disorder questionnaire):

پرسش‌نامه اختلال دلبستگی Randolph برای معرفی اختلالات دلبستگی ساخته شد. این پرسش‌نامه یک چک لیست ۲۵ سؤالی از فراوانی گزارشات والدین کودکان ۵ تا ۱۸ سال است که شامل مشکلات متعددی است که مراقب کودک در طول دو سال قبل مشاهده کرده است (۳۴). این چک لیست توسط موحد ترجمه و هنجار شده (میزان شده)، ویژگی‌های روان‌سنجی آن استخراج شده است (۳۵). این پرسش‌نامه در یک مقیاس لیکرتی تدوین شده است که هر سؤال ۰ تا ۴ نمره دارد. نمرات این پرسش‌نامه در دامنه ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر از ۳۰ در این پرسش‌نامه نشان دهنده وجود مشکلات دلبستگی در کودکان است. Cronbach's alpha برای پرسش‌نامه اختلال دلبستگی Randolph برابر با ۰/۸۳ محاسبه شد، که این میزان حاکی از همسانی درونی مطلوب سؤالات پرسش‌نامه می‌باشد. این ضریب همسانی درونی با ضریب همسانی درونی با استفاده از روش دو نیمه کردن که توسط Randolph به دست آمد، یعنی ۰/۸۴ برای گروه مبتلا به اختلال دلبستگی و ۰/۸۱ برای گروه دارای مشکلات رفتاری، اما فاقد اختلال دلبستگی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.4.7]

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 از بیماران را بیمار و ۹۰ درصد از 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 (۳۵).

۲- پرسش‌نامه سلامت روان انتاریو (Ontario mental health questionnaire):

این پرسش‌نامه توسط Bowlby در سال ۱۹۹۳ جهت سنجش سلامت روانی کودک و بر اساس رفتار کودک در ۶ ماه گذشته تهیه شده است و دوره سنی ۶ تا ۱۶ سال را در بر می‌گیرد. مقیاس دارای ۶۳ سؤال در دو بخش است. بخش (A) با ۴۰ سؤال، در بر گیرنده اختلال‌های برونی شامل بیش فعالی- کمبود توجه، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای است و بخش (B) با ۲۳ سؤال، اختلال‌های درونی افسردگی، اضطراب جدایی و فزون اضطرابی را شامل می‌شود. در این پژوهش اختلال افسردگی با ۸ سؤال مورد توجه قرار گرفته است، به همین دلیل تنها از زیرمقیاس مربوطه استفاده شده است. کسب نمره بالاتر از ۱۰ از ۱۶ نمره این بخش از آزمون دال بر وجود افسردگی در کودک است. در ارزیابی Bowlby پایایی این آزمون با روش آزمون- بازآزمون ۰/۸ گزارش شد، که این پایایی با سایر چک لیست‌های مشکلات رفتاری کودکان قابل مقایسه است. همچنین توانایی این آزمون در تشخیص مراجعات کلینیکی والدین به مراکز درمانی، ۰/۷۸ گزارش شد (۳۶). در مطالعه امیری پایایی این آزمون برای اختلال افسردگی، قابل توجه و با استفاده از ضریب آلفا ۰/۸۵ و با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۷۵ بوده است (۳۶).

یافته‌ها

شرکت کنندگان این پژوهش را دختران دبستانی مبتلا به افسردگی با میانگین سنی و انحراف استاندارد (۱/۱۲ ± ۹/۶۶) و مادران آنان با میانگین سنی و انحراف استاندارد (۳/۶۹ ± ۳۴/۵) تشکیل می‌دادند. جلسات درمان مبتنی بر دلبستگی بر روی مادران انجام شده، چگونگی اثربخشی آن بر روی دخترانشان بررسی گردید. همه مادران حداقل مدرک دیپلم (۷۲/۵ درصد) و یا تحصیلات دانشگاهی (فوق دیپلم (۱۰ درصد)، لیسانس ۱۴/۵ درصد و فوق لیسانس ۳ درصد) داشتند. به علاوه سایر ویژگی‌های دموگرافیک اعضای گروه آزمایش و شاهد نیز از جمله سن، ترتیب تولد دختران و همچنین سن و تحصیلات والدین ارزیابی شده، به کمک شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی و درصد توزیع) مورد مقایسه قرار گرفت، اما بررسی نتایج آزمون t مستقل نشان داد که اعضای دو گروه آزمایش و شاهد از لحاظ ویژگی‌های دموگرافیک ذکر شده تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > ۰/۰۵$)، بنابراین به علت عدم وجود همبستگی بین ویژگی‌های دموگرافیک و متغیر وابسته، نیازی به کنترل آماری آن‌ها نبود.

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات کل علایم اختلال افسردگی به تفکیک مراحل و گروه‌ها

گروه	مراحل	انحراف معیار ± میانگین
شاهد	پیش‌آزمون	۹/۶۲ ± ۳/۸۹
	پس‌آزمون	۹/۵۰ ± ۳/۵۹
	پیگیری	۱۰/۳۱ ± ۳/۸۰
آزمایش	پیش‌آزمون	۷/۵۰ ± ۲/۴۴
	پس‌آزمون	۵/۰۶ ± ۲/۴۸
	پیگیری	۴/۸۷ ± ۲/۲۱

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی گرایش مرکزی متغیر وابسته علایم کل اختلال افسردگی را به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد. از آن جا که کسب نمره بیشتر در علایم اختلال افسردگی نشان از شدت علایم دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات افسردگی گروه مداخله در پس‌آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری دارد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.4.7]

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علایم کل افسردگی مقابله‌ای دو گروه

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
افسردگی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۶۵/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۸
	پیگیری	پیش آزمون	۱	۵۵/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۳۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹

($P < ۰/۰۵$). به علاوه پس از گذشت ۳ ماه از اجرای طرح درمانی و با از انجام یک مرحله پیگیری، مشخص شد که کاهش علایم افسردگی اعضای گروه مداخله در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی‌داری ادامه داشته است ($P < ۰/۰۵$).

جدول ۳ مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه از لحاظ پس‌آزمون و پیگیری پس از کنترل پیش‌آزمون می‌باشد. چنان چه مشاهده می‌شود بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون رابطه معنی‌داری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۰۱$). به دلیل این که تنها پیش‌آزمون با نمرات کل افسردگی در پس‌آزمون و پیگیری رابطه دارد، از این رو، پیش‌آزمون متغیر مداخله‌گر محسوب شده، باید کنترل شود. در واقع آن بخش از واریانس نمرات افسردگی که مربوط به پیش‌آزمون است از کل واریانس نمرات آن کسر می‌گردد، در نتیجه 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 نمره کل افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و عضویت گروهی ۰/۳۸ درصد از تغییرات مربوط به نمره کل علایم اختلال افسردگی را در پس‌آزمون و ۰/۵۰ درصد از تغییرات را در پیگیری تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه عمده کنش متقابل بین مادر و کودک، به وجود آمدن نوعی دلبستگی عاطفی بین فرزند و مادر است. این دلبستگی و ارتباط عاطفی با مادر است که سبب می‌شود کودک به دنبال آسایش حاصل از وجود مادر باشد، به خصوص هنگامی که احساس ترس و عدم اطمینان می‌کند. کودکان و بزرگ‌سالان ایمن در زمان استرس و خطر، به احتمال زیادی رفتارهای دلبستگی ایمن را از خود به نمایش می‌گذارند (۳۷). به عکس افراد دارای سبک دلبستگی نا ایمن به خاطر ناتوانی و عدم انعطاف‌پذیری در پاسخ‌دهی مناسب به موقعیت‌های نامطلوب، دچار مشکلات رفتاری و روان‌شناختی خواهند شد و دلبستگی درمانی کمک مؤثری به درمان این اختلالات می‌نماید (۳۸). بر اساس یافته‌های Martins و Gaffan مشکلات دلبستگی و افسردگی مادر از عمده‌ترین دلایل بروز افسردگی در کودکان محسوب می‌شوند (۳۹). بر این اساس امروزه درمان مبتنی بر دلبستگی، مؤثرترین درمان در زمینه افسردگی ناشی از ناایمنی و مشکلات دلبستگی در کودکان در سنین پیش‌دبستانی و دبستانی شناخته شده است (۲۴).

هدف پژوهش حاضر آزمودن اثربخشی درمان مبتی بر دلبستگی بر میزان علایم افسردگی در دختران دارای مشکلات دلبستگی 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 نسبت به گروه شاهد به دست آورد.

با توجه به نتایج مرحله پس‌آزمون به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر دلبستگی در بهبود علایم اختلال افسردگی مؤثر می‌باشد. از دیگر یافته‌های مهم این است که نتایج مرحله پیگیری را می‌توان مؤید این مطلب دانست که درمان مبتنی بر دلبستگی موجب تعمیق و پایداری اثرات درمان می‌شود. تبیین پژوهشگر برای این موضوع این است که

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.4.7]

احساس عدم اعتماد و کمبود احساس امنیت در کودکان دارای مشکلات دلبستگی بیشتر از هر چیز باعث ایجاد افسردگی در این کودکان می‌شود. به زعم پژوهشگر از دلایل اثربخشی دلبستگی درمانی بر علایم افسردگی کودکان این است که والدین می‌آموزند فعالیت و تفریح گروهی خانواده به اتفاق کودک نه تنها اتلاف وقت محسوب نمی‌شود، بلکه در بهبود روحیه خود والدین نیز مؤثر بوده، از با نشاط دیدن کودک احساس شادمانی می‌کنند. همین امر باعث تداوم ایجاد تفریح و جو شاد برای همه اعضای خانواده می‌شود. Roberts و همکاران در پژوهش‌هایی چند در مورد رابطه سبک‌های دلبستگی با اضطراب و افسردگی مشخص کردند که افراد دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن سطوح بیشتری از علایم افسردگی و اضطراب را گزارش می‌دهند و از طریق سبک دلبستگی فرد می‌توان میزان کلی استرس و ناراحتی فرد را پیش‌بینی کرد (۴۰). دلبستگی ناایمن با استرس و اضطراب، ابراز نامنظم و بی‌ثبات هیجانات بیرونی و رفتارهای جستجوی کمک بیش از حد همبستگی دارد (۴۲، ۴۱). با استناد به شواهد تحقیقاتی، انتظار می‌رود که درمان مبتنی بر دلبستگی در درمان مسایل و مشکلات اضطرابی و افسردگی کودکان که ریشه در مشکلات دلبستگی دارند، مؤثر واقع شود (۴۴، ۴۳).

یکی از امتیازات پژوهش حاضر نوآوری و ابتکار آن می‌باشد. این پژوهش اولین پژوهشی است که مدل درمان مبتنی بر دلبستگی را بر روی میزان افسردگی بررسی نموده است، که به طور کلی با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های هم‌سو با آن و اضطراب و مشکلات خلقی در کودکان مبتلا به افسردگی، درمان مبتنی بر دلبستگی می‌تواند به عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی در جهت کاهش خلق افسرده در این کودکان به کار گرفته شود. همچنین هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبه‌رو است و این پژوهش نیز از این امر مستثنی نیست. این پژوهش بر روی نمونه‌ای از دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی شهر اصفهان انجام شده، بنابراین باید در تعمیم‌دهی نتایج به سایر افراد احتیاط شود. به علاوه این پژوهش فقط در مورد دختران اجرا شده است. پژوهش‌های بعدی می‌توانند با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی در مورد سایر اختلالات رفتاری در جمعیت گسترده‌تر و در هر دو جنس، کمک شایانی برای درمان مشکلات و اختلالات رفتاری کودکان محسوب گردند. به علاوه با توجه به ریشه‌دار بودن مقوله مشکلات دلبستگی، پیگیری سه ماهه برای بررسی کامل چگونگی پیشرفت درمان کافی به نظر نمی‌رسد و لازم است به منظور آگاهی کامل‌تر از تأثیر درمان، انجام پیگیری طولانی‌تر در پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود. همچنین از آن جا که در این پژوهش، از روش درمان گروهی استفاده شد، پیشنهاد می‌شود این شیوه درمانی به صورت فردی نیز مورد بررسی واقع گردد و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند.

سپاسگزاری

این مطالعه بر پایه یافته‌های نهایی پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه اصفهان نگاشته شده، موضوع آن با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. لازم می‌دانیم از تمامی کسانی که در انجام این مطالعه ما را یاری رساندند و همچنین از شرکت کنندگان در پژوهش کمال سپاسگزاری را نماییم.

References

1. Ollendick TH, Horsch LM. Fears in clinic-referred children: relations with child anxiety sensitivity, maternal overcontrol, and maternal phobic anxiety. Behav Ther 2007; 38(4): 402-11.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington (DC): American Psychiatric Pub; 2000.
3. Dadsetan P. Developmental Abnormal Psychology: From Childhood to Adulthood. Tehran: Samt Publication; 2005.
4. Reinecke MA, Rogers GM. Dysfunctional attitudes and attachment style among clinically depressed adults. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2001; 29(2): 129-41.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.4.7]

5. Munson JA, McMahon RJ, Spieker SJ. Structure and variability in the developmental trajectory of children's externalizing problems: impact of infant attachment, maternal depressive symptomatology, and child sex. Dev Psychopathol 2001; 13(2): 277-96.
6. Graham CA, Easterbrooks MA. School-aged children's vulnerability to depressive symptomatology: the role of attachment security, maternal depressive symptomatology, and economic risk. Dev Psychopathol 2000; 12(2): 201-13.
7. Vanwagner K. Attachment theory [Online]. 2008; Available from: URL: http://www.psychology.about.com/od/loveandattraction/a/attachment01.htm/
8. Bowlby J. Attachment and loss. New York: Hogarth Press; 1973.
9. Stevenson-Hinde J, Shouldice A. Maternal Interactions and self-reports related to attachment classifications at 4.5 years. Child Development 1996; 66(3): 583-96.
10. Fogel A. Infancy: infant, family, and society. New York: West Pub. Co; 1997.
11. Mansour M, Dadsetan P. Genetic Psychology. Tehran: Samt Publication; 2002.
12. 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 Scand 2004; 109(6): 447-56.
13. Jahanbakhsh M. Effect of attachment based therapy on behavioral problems in girl students of primary schools in Isfahan [Thesis]. Isfahan: Isfahan University; 2010.
14. Isabella RA. Origins of attachment: maternal interactive behavior across the first year. Child Dev 1993; 64(2): 605-21.
15. Isabella RA, Belsky J. Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: a replication study. Child Dev 1991; 62(2): 373-84.
16. Sable P. Attachment, ethology and adult psychotherapy. Attach Hum Dev 2004; 6(1): 3-19.
17. Marvin RS, Whelan WF. Disordered attachments: toward evidence-based clinical practice. Attach Hum Dev 2003; 5(3): 283-8.
18. Hanson RF, Spratt EG. Reactive attachment disorder: what we know about the disorder and implications for treatment. Child Maltreat 2000; 5(2): 137-45.
19. Werner-Wilson RJ, Davenport BR. Distinguishing between conceptualizations of attachment: clinical implications in marriage and family therapy. Contemporary Family Therapy 2003; 25(2): 179-93.
20. Thomas NL. Parenting children with attachment disorders. In: Levy TM, Editor. Handbook of attachment interventions.New York: Academic Press; 2000.
21. Fowler C. Increasing adoption opportunities for special needs children: county department of family services. Washington (DC): National Adoption; 1998.
22. Byng-Hall J. Attachment theory and family therapy: a clinical view. Infant Mental Health Journal 1990; 11(3): 228-36.
23. Byng-Hall J. Creating a secure family base: some implications of attachment theory for family therapy. Fam Process 1995; 34(1): 45-58.
24. Purnell CH. Attachment theory and attachment- based therapy. In: Green M, Scholes M, editors. Attachment and human survival. London: Karnac Books; 2004.
25. King MG, Newnham K. Affective anemia: an Interventional Focus for Attachment Disorder. Australian Journal of Education & Development Psychology 2008; 8: 103-13.
26. Brisch JH. Treating attachment disorders: from theory to therapy. New York: Guilford Press; 2002.
27. Fraiberg S. Pathological defenses in infancy. Psychoanal Q 1982; 51(4): 612-35.
28. Pawl J, Liberman AF. Infant- parent psychotherapy. In: Noshpitz JD, Editor. Handbook of child and adolescent psychiatry: Adolescence: development and syndromes.New Jersey: Wiley; 1997. p. 185-213.
29. Erwin P. Friendship in childhood and adolescence. London: Routledge; 1998.
30. Cross K. Reactive attachment disorder and attachment therapy. The scientific review of mental health practice 2002; 1(2): 213-36.
31. Epstein MH. Reducing behavior problems in the elementary school classroom. Washington (DC): National Center for Education Evaluation and Regional Assistance, Institute of Education Sciences; 2008.
32. Family NM. Attachment narrative therapy: telling healing stories [Online]. 2004; Available from: URL: www.familyattachment.com/pages/articles.html/

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.4.7]

33. Mcgenva L, Ann J. A developmental attachment-based Plat therapy (ADAPT (TM)): a new treatment for children diagnosed with reactive attachment and developmental trauma disorders [Thesis]. Hartford: University of Hartford; 2006.
34. Morgan PS. Frequency of RAD diagnosis and attachment disorder in community mental health agency clients [Thesis]. New York: University of Louisville; 2004.
35. Movahed M. Standardization of Randolf children`s attachment styles questionnaire [Thesis]. Isfahan: Isfahan University; 2008.
36. Amiri SH. Developmental Investigation on Conflict in Social Status Group. Developmental Pscychology 2004; 1(1): 45-53.
37. Pistole MC. Attachment: Implications for counselors. Journal of counseling and Development 1989; 68(2): 190-3.
38. Carlson E, Sroufe LA. The contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen D, editors. Developmental processes and psychopathology. New York: Cambridge University Press; 1995. p. 581-617.
39. Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. J Child Psychol Psychiatry 2000; 41(6): 737-46.
40. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. Am J Psychiatry 1998; 155(6): 715-25.
41. Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment studies with borderline patients: a review. Harv Rev Psychiatry 2004; 12(2): 94-104.
42. Posht Mashadi M, Mohamadkhani M, Pourshahbaz A, Khushabi K. Effect of Parenting Education and Attachment Based Therapy on Symptoms of children with Hyper Activity Deficit Disorder. Journal of Clinical Psychology 2010; 1(3): 63-73.
43. Zolfaghari Motlagh M, Jazayeri A, Khushabi K, Mazaheri M, Karimlou M. Effect if attachment based therapy on reduction of separation anxiety disorder. Iranian journal of psychaitry and clinical psychology 2009; 14(4): 380-8.
44. Khanjani Z. Relation between contemporary mother-child separation with attachment figure and children`s Behavioral Problems. Journal of Literature and Humanities University 2002; 45(2-3): 127-62.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.4.7]

Effect of attachment-based therapy on depression symptoms in girls with attachment problems

Marzieh Jahanbakhsh[1], Shooleh Amiri[2], Mohammad Hossein Bahadori[3], Hossein Molavi[4], Azar Jamshidi[5]

Abstract

Aim and Background: Complex nature of children`s affectionate problems requires assessment and usage of modern treatments. The present study aimed to investigate the effects of attachment-based therapy on depression symptoms in girl students of primary school who had attachment problems.

Methods and Materials: This study was an empirical plan with pretest-posttest, follow up and control group. The target samples were 34 individuals of 388 second and fourth grade students of Isfahan primary school that had highest scores on attachment problems and depression symptoms. Evaluation implemented using Randolph attachment disorder questionnaire (RADQ) and Ontario mental health test. Mothers were presented in 10 group sessions of attachment-based intervention and its effects investigated in posttest and 3 months follow up on their girl`s depression symptoms. The results have been analyzed by SPSS-16 software and through descriptive and inferential statistics.

Findings: Since obtaining a higher score in depression disorder represents severity of the symptoms, it can be seen that the mean post-test and follow up scores of depression in the experimental group is significantly lower than that of the control group ($P < 0/05$). Reduction rate of reported depression symptoms was 0/38 in posttest and 0/50 in three months follow up.

Conclusions: The attachment-based therapy was effective to reduction depression symptoms in their girls with attachment problems and the mother`s continues attention to interventional methods showed more improvement in follow up evaluation.

Keywords: Attachment-based therapy, Depression, Attachment problems, Secure attachment style, Insecure attachment style.

Type of article: Original

Received: 08.04.2011 *Accepted: 30.10.2011*

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1390.9.4.4.7]

1. MA of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)
Email: m_jahanbakhsh63@yahoo.com
2. Associate Professor, PhD of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
3. MA of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
4. Professor, PhD of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
5. University master, Department of Psychology, Khorsgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.