

## تأثیر مداخله مبتنی بر دل بستگی بر پر خوری و چاقی دختران

زهرا دشت بزرگی<sup>۱</sup>

شعله امیری<sup>۲</sup>

علی مظاهری<sup>۳</sup>

هوشنگ طالبی<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر دل بستگی بر پر خوری و چاقی بود. این پژوهش آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش آموزان دختر مقطع ابتدایی بودند و روش نمونه گیری هدفمند بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اختلال دل بستگی کودکان، پرسشنامه اختلال پر خوری و شاخص توده بدنی بود. پس از تشکیل گروه ها (آزمایش و کنترل) و اجرای پیش آزمون، مادران گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه در طول ۲ ماه و نیم در برنامه مداخله مبتنی بر دل بستگی شرکت نمودند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نمود. پس از پایان مداخله، بر روی دو گروه پس آزمون، و پس از ۴۵ روز آزمون پیگیری انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که با کنترل پیش آزمون، بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری در نمرات پر خوری و شاخص توده بدنی تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به نتایج، درمان مبتنی بر دل بستگی می تواند به عنوان شیوه درمانی در جهت کاهش اختلال پر خوری در کودکان دارای اضافه وزن و چاقی به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر دل بستگی، اختلال پر خوری و چاقی.

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات اصفهان، گروه روان شناسی، اصفهان، ایران. (نویسنده

مسئول، Zahrdb2000@yahoo.com)

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

۳. دانشگاه شهید بهشتی، استاد گروه روانشناسی، تهران، ایران.

۴. دانشگاه اصفهان، دانشیار گروه آمار، اصفهان، ایران.

\* این مقاله برگرفته از رساله دکتری زهرا دشت بزرگی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اصفهان است.

سازمان بهداشت جهانی چاقی را به عنوان یک شیوع جهانی در نظر گرفته است که در این میان کودکان بیشتر از سایر گروه‌های سنی دارای اضافه وزن دارند و از طرفی سن شیوع چاقی در آنها نیز پایین آمده است (تسکا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). افزایش وزن کودکان در نتیجه تعامل بین عوامل محیطی و ژنتیکی است (آراجو، سانتوز و ناردی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). خانواده به عنوان اولین و برجسته‌ترین محیط تأثیرگذار کودک، در زمینه چاقی مطرح است و درک این تأثیر می‌تواند در امر پیشگیری و درمان چاقی کمک‌کننده باشد. بر اساس برخی نظریه‌های روان‌شناختی کیفیت روابط نزدیک کودک و مادر، تأثیر به‌سزایی در مشکلات سلامت روان دارد (زاکریسون و اسکرندورث<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). در این زمینه نظریه دلبستگی بالبی<sup>۴</sup> (۱۹۷۳، ۱۹۵۵، ۱۹۵۳، ۱۹۵۰) مورد توجه متخصصان بالینی قرار گرفته است. مطابق با نظریه بالبی انسان با یک سیستم روانی - زیستی به نام سیستم رفتار دلبستگی متولد می‌شود. این سیستم ارزش انطباقی دارد و فرد را به حفظ نزدیکی و همجواری با افراد مهم زندگی، سوق می‌دهد تا شانس او برای بقاء و سازش افزایش یابد. هدف این سیستم در کودک، دستیابی به یک احساس ایمنی و حمایت‌شدگی واقعی یا ادراک شده از تعامل نزدیک و صمیمی با تصویر دلبستگی است (اینزورث<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱؛ هازن و شیور<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴؛ میکولینسر و شیور<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵). به نظر بالبی برای تأمین سلامت روان و رشد هیجانی و عاطفی مطلوب در کودک، برقراری روابط صمیمی گرم و دایمی بین کودک و منبع دلبستگی، ضروری است (مظاهری، ۱۳۷۹). تفاوت‌های فردی، موجب شکل‌گیری سبک‌های دلبستگی متفاوت می‌گردد. بررسی‌های اولیه در زمینه سبک‌های دلبستگی از سوی اینزورث و همکاران (۱۹۹۱) انجام گرفت و سه الگوی دلبستگی ایمن، دلبستگی نایمن اجتنابی، نایمن اضطرابی دوسوگراشناسایی شد (ون ایچزندورن و کرانبرگ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴). پس از آن مین<sup>۹</sup> (۲۰۰۰)، طبقه‌بندی به نام دلبستگی نایمن بی‌سازمان و بی‌هدف را معرفی نمود.

سبک‌های دلبستگی روش‌های مواجهه فرد با موقعیت‌های تنیدگی را متأثر می‌سازد. افراد ایمن ضمن پذیرش موقعیت‌های تنیدگی به سادگی از دیگران کمک می‌گیرند. اجتناب‌گرها در پذیرش موقعیت و جستجوی کمک و حمایت با مشکل مواجه می‌شوند و برجسته‌ترین علامت دوسوگراها احساسات بیش از حد نسبت به عواطف منفی و نگاره‌های دلبستگی است، به گونه‌ای که سد راه خود مختاری آنها می‌شود (بارت<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۸). در حالی که کاهش اضطراب یکی

1. Tasca
2. Araujo, Santos, & Nardi
3. Zachrisson, & Skarderud
4. Bowlby
5. Ainsworth
6. Hazen & Shaver
7. Mikulincer & Shaver
8. VanIjzendoorn & Kranenburg
9. Main
10. Barth

*Archive of SID*

از کنش‌های دلبستگی ایمن است، سبک‌های اجتنابی و دوسوگرا، تنیدگی و نگرانی فزاینده‌ای برخوردار می‌کنند و فرد را به استفاده از شیوه‌های دفاعی ناکارآمد وادار می‌سازند (اوونس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱).

برخی مطالعات مربوط به کودکان و نوجوانان حاکی از ارتباط بین سبک دلبستگی و اختلالات تغذیه است (آردوینی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ تانوفسکی-کارف، یانوفسکی و یانوفسکی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ ویلکینسون، راو، بی‌شاپ، برانسترآم<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰؛ اوونس، ۲۰۱۱). این یافته‌ها حاکی از آن است که والدین دارای کمال‌گرایی با کنترل بیش از حد عاطفی غیرقابل دسترس که از استقلال فرزندان نیز حمایت نمی‌کنند، بیش از سایرین دارای فرزندان مبتلا به اختلالات تغذیه هستند، در چنین شرایطی، کودک ممکن است سبک اجتنابی در دلبستگی خود شکل دهد و توجه خود را از پریشانی درونی به بیرون از بدن خود به عنوان راه حل مشکل متمرکز کند و کنترل رفتارهای خوردن، به عنوان راه حل برای تمرکز بر بیرون از بدن خود و عدم توجه به ناراحتی‌های درونی باشد (بلیزارد<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵).

اختلالات تغذیه<sup>۶</sup> یکی از اختلالات شایع به شمار می‌روند که باعث ایجاد مشکلات فراوان در سلامت و عملکرد روانی و کیفیت زندگی می‌شوند. در حال حاضر پرکاربردترین تعریف برای اختلالات خوردن توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا در ویرایش پنجم «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی»<sup>۷</sup> DSM-V ارائه شده است. بر این اساس اختلالات خوردن، در سه دسته کلی بی‌اشتهایی روانی، پراشتهایی روانی و اختلال خوردن تصریح نشده طبقه‌بندی می‌شوند. با وجود این که اختلال پرخوری شایع‌ترین اختلال خوردن به شمار می‌رود، همچنان مورد بررسی زیادی قرار نگرفته است (خان‌پور اردستانی، صاد‌قپور، آذربایجانی، حسن‌زاده، ۱۳۹۰). مطابق تعاریف ارائه شده در DSM-IV، اختلال پرخوری در طبقه سوم اختلالات تغذیه یعنی «اختلال خوردن تصریح نشده»<sup>۸</sup> قرار می‌گیرد. پژوهش‌ها مطرح می‌کنند که «اختلال پرخوری»<sup>۹</sup> نقش موثری در ایجاد چاقی دارد و دوره‌های پرخوری در افراد چاق بسیار شایع است (واردل و بیلز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹). در تعریف اختلال پرخوری می‌توان گفت که اختلال پرخوری دوره‌های مکرر پرخوری است که به طور متوسط یک بار در هفته بدون استفاده منظم از رفتارهای جبرانی نامتناسب کنترل وزن به مدت سه ماه مداوم رخ دهد. در تشخیص اختلال پرخوری، علاوه بر احساس درماندگی در مقابل پرخوری، وجود حداقل سه مورد از این موارد لازم است: غذا خوردن با سرعتی بسیار

1. Ouwens
2. Ardovini
3. Tanofsky-Kraffa, Yanovskib, & Yanovskia
4. Wilkinson, Rowe, Bishop, & Brunstrom
5. Blizard
6. Eating disorders
7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders
8. Eating disorder not otherwise specified
9. Binge eating disorder
10. Wardel & Beales

*Archive of SID*

بیشتر نسبت به حالت عادی خوردن، غذا خوردن تا زمان احساس سیری آزار دهنده، خوردن مفادیر زیادی از مواد غذایی در زمان احساس عدم گرسنگی از لحاظ جسمی، به تنهایی غذا خوردن به دلیل احساس خجالت نسبت به میزان زیاد غذایی که فرد می‌خورد، احساس تنفر نسبت به خود، افسردگی یا احساس گناه شدید پس از پرخوری (انجمن روانشناسی امریکا، ۲۰۱۰؛ ویلسون، ۲۰۱۱).

به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به اختلال خوردن هر دو جنبه سبک‌های دلبستگی ناایمن را به صورت نادیده گرفتن نیازها (اجتنابی) یا به صورت افراطی بیان نمودن نیازهای خود (آشفته) نشان می‌دهند. گرسنگی تهدید کننده زندگی و یا چاقی و پر خوری نمادهایی از این نادیده گرفتن یا بیان نمودن افراطی نیازهای خود در این افراد است (چستر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). این یافته‌ها بطور مداوم در مطالعات گوناگون تأیید شده است، به عنوان نمونه لیوتی<sup>۳</sup> (۱۹۹۹) دریافت هنگامی که افراد از هم گسیختگی نظام دلبستگی را تجربه می‌کنند (دلبستگی ناایمن)، اغلب احساس رها شدگی، تنهایی و ناامنی می‌کنند، در این راستا برای پر کردن تهی بودن درونی خود به صورت تکانشی به پر خوری روی می‌آورند، وارد<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که گروه‌هایی که دارای اختلال خوردن هستند دارای میزان دلبستگی ناایمن بالاتری نسبت به گروه کنترل بدون اختلال خوردن، هستند. همچنین تحقیقات فوناگی<sup>۵</sup> و همکارانش (۱۹۹۶)، نشان دادند ۹۵٪ از بیماران دارای اختلال خوردن دارای سبک دلبستگی ناایمن از نوع آشفته و اجتنابی می‌باشند. در پژوهشی بهزاد پور، پاکدامن و بشارت (۱۳۸۷) نشان دادند که سبک دلبستگی ناایمن با شاخص توده بدنی بالا رابطه مثبت دارد. این امر می‌تواند ناشی از آن باشد که افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن، برای غلبه بر اضطراب و احساس عدم ایمنی، اغلب از مکانیزم‌های دفاعی مبتنی بر خوردن نظیر پر خوری یا مصرف بیش از حد تنقلات استفاده می‌کنند.

برخی مطالعات دیگر میانجی‌هایی بین دلبستگی و اختلال خوردن را شناسایی کرده‌اند (اولیور<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). این مطالعات بیان می‌کنند که مشکل در مدیریت عواطف می‌تواند در بیان اختلالات خوردن نقش داشته باشد. در پژوهشی هیلبرت، تاسچن-کافیر<sup>۷</sup>، (۲۰۰۷) دریافتند که افراط در خوردن با مشکل در مدیریت عواطف در زنان پرآشته‌ها قابل پیش‌بینی است. همچنین تسکا و همکارانش (۲۰۰۹) معتقدند که بیماران مبتلا به اختلال خوردن یک سبک دلبستگی اضطرابی دارند، عدم مدیریت عواطف در آنها علایمی مانند رفتارهای پاکسازی را بوجود می‌آورد و برعکس آنهایی که دلبستگی اجتنابی دارند، بیان هیجان‌ها را متوقف می‌سازند و روش‌های

1. Wilson
2. Chester
3. Liotty
4. Ward
5. Fonagy
6. Oliver
7. Hilbert & Tuschen- Caffier

*Archive of SID*

متنوعی از محدودیت‌رژیمی را در پیش می‌گیرند. بنابراین دلبستگی‌ناایمن و پاسخ‌های روان‌شناختی و رفتاری ناسالم به فشار عصبی همراه با آن، می‌تواند یکی از عوامل خطر ساز اولیه برای چاقی در کودکان باشد. پژوهش‌های طولی نشان می‌دهند که با کنترل متغیرهای مرتبط با فعالیت‌های مربوط به چاقی در کودکی، کودکان دارای دلبستگی‌ناایمن در طول رشد ۵-۲ سالگی ۱/۵ برابر چاق‌تر از کودکان دلبسته‌ایمن می‌گردند (اندرسون و وایتکر، ۲۰۱۱). این بدان معنی است که دلبستگی‌ناایمن در اوایل کودکی ممکن است منجر به رشد چاقی در کودکان شود. باتوجه به نقش پاسخ‌های روان‌شناختی در رشد پرخوری و چاقی و باتوجه به اینکه چگونه دلبستگی‌ناایمن و مدیریت هیجانی ناسالم و پاسخ‌های استرس‌زا را در کودکان منعکس می‌کند، یک الگوی دلبستگی‌ایمن می‌تواند به بهترین شکل مدیریت هیجانی سالم پاسخ‌های سالم به فشارهای روانی را در کودک بوجود آورد (اسکور، ۲۰۰۵). بر این اساس برخی پژوهش‌ها مداخله مبتنی بر اصلاح دلبستگی را مطرح می‌کنند. به نظر می‌رسد که مداخله مبتنی بر دلبستگی، فرصت‌هایی را فراهم می‌کند تا دلبستگی‌ایمن را در کودکان شکل دهند. این مداخله تاثیر بلند مدت و فواید چند منظوره‌ای برای والدین و کودکان دارا است (وندوم بوم، ۱۹۹۴). تمرکز اصلی این مداخله بر بازسازی دلبستگی هیجانی بین کودک و مراقب و ترمیم مشکلات روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری که به عنوان نتیجه آشفتگی رابطه کودک و والدین رشد نموده، است. درمان‌های مبتنی بر دلبستگی تاکنون در حیطه‌های مختلف مشکلات کودکان از جمله افزایش سلامت روان در دختران دبستانی (جهانبخش، بهادری، امیری، جمشیدی، ۱۳۹۰)، کاهش علائم افسردگی دختران دبستانی (جهان‌بخش و همکاران، ۱۳۹۰)، کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی (جهان‌بخش و همکاران، ۱۳۹۰)، کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی (ذوالفقاری، مطلق، جزایری، خوشابایی، مظاهری، کریملو، ۱۳۷۸) به کار برده شده است. کارایی این نوع مداخله در مشکلات روان‌شناختی به وسیله این پژوهش‌ها تایید شده است، اما بر اساس جستجوهای به عمل آمده تاکنون در ایران تاثیر این مداخله بر روی اختلال پرخوری بررسی نشده است. بر این اساس این پژوهش بدنبال بررسی تاثیر مداخله مبتنی بر دلبستگی در درمان اختلالات پرخوری در کودکان موثر است و در نتیجه، در صدد بررسی تاثیر این رویکرد درمانی در کنترل چاقی و پیامدهای ناشی از آن در کودکان است.

**روش پژوهش**

این پژوهش از دسته طرح‌های شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود که گروه‌ها با استفاده از گزینش تصادفی برای عضویت گروهی و معادل‌سازی تصادفی گمارش شدند. متغیر مستقل، مداخله مبتنی بر دلبستگی بود که مداخله دلبستگی طی ۱۰ جلسه به

1. Anderson & Whitaker
2. Schore
3. Vandomboom

*Archive of SID*

صورت دو جلسه در هفته برای مادران انجام شد و نمرات اختلال پرخوری و شاخص توده بدنی کودکان آنها به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند.

جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال پرخوری بود که دارای شاخص توده بدنی بالاتر از صدک ۹۵ بودند و در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ در شهر اهواز به تحصیل اشتغال داشتند. حجم نمونه این پژوهش شامل ۳۲ دختر مقطع ابتدایی بود که برای انتخاب آنها از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به این صورت که از بین چهار منطقه آموزشی اهواز، یک ناحیه آموزشی و از آن ناحیه آموزشی ۲ مدرسه ابتدایی به صورت تصادفی، انتخاب شد و از هر مدرسه ابتدایی تعداد کل دختران چاق که نمایه توده بدن بالاتر از صدک ۹۵ داشتند و مادران آنها حاضر به همکاری با این پژوهش بودند، بعنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. از این تعداد در ابتدا آزمون اختلال دلبستگی جهت غربال‌گری کودکان دلبسته ایمن از کودکان دلبسته نایمن و پرسشنامه اختلال پرخوری جهت غربال‌گری کودکان دارای مشکل پرخوری از کودکان غیر پرخور، انجام گردید. سپس بر اساس نمرات آنها در پرسشنامه، ۳۲ کودک دارای سبک دلبستگی نایمن (نمره بالاتر از ۳۰) و پرخور (نمره بالاتر از ۶)، که توده بدنی بالاتر از صدک ۹۵ داشتند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. سپس هر یک از مدارس ابتدایی انتخاب شده به صورت تصادفی به عنوان یک گروه مداخله و یک گروه کنترل در نظر گرفته شدند.

**ابزار اندازه‌گیری**

پرسشنامه اختلال دلبستگی: این پرسشنامه توسط راندولف<sup>۱</sup> (۱۹۹۶) برای معرفی اختلال‌های دلبستگی برای محدوده سنی ۶ تا ۱۶ سال ساخته شد و یک فهرست بازبینی ۲۵ سوالی از فراوانی گزارش‌های والدین کودکان مبتنی بر مشکلات متعددی که مراقب کودک در طول دو سال قبل مشاهده کرده است. این فهرست توسط موحد ابطحی، امیری و امساکی (۱۳۸۷) ترجمه شده و هنجار و ویژگی‌های روان‌سنجی آن استخراج شده است. این پرسشنامه در مقیاس لیکرت تدوین شده است که هر سوال از ۰ تا ۴ نمره داده می‌شود. مجموع نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ تراز شده است. نمرات بالاتر از ۳۰ نشان‌دهنده وجود مشکلات دلبستگی در کودکان است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط موحد ابطحی و همکاران (۱۳۸۷) برابر با ۰/۸۳ محاسبه شد که این میزان حاکی از همسانی درونی مطلوب سوالات پرسشنامه است. حساسیت این پرسشنامه برابر با ۱۰۰ و ویژگی آن برابر با ۹۰ است. به عبارت دیگر این پرسشنامه توانسته ۱۰۰ درصد بیماران را بیمار و ۹۰ درصد افراد سالم را سالم تشخیص دهد. این میزان از حساسیت و ویژگی حاکی از قدرت آزمون در تشخیص عضویت گروهی افراد است و از این جهت می‌توان آن را دارای روایی تشخیصی دانست. در این پژوهش، این آزمون جهت سنجش میزان دلبستگی در کودکان مورد استفاده قرار گرفت و برای سنجش همسانی درونی مقیاس آلفای کرونباخ (۰/۷۸) محاسبه شد.

*Archive of SID*

مقیاس اختلال پر خوری کودکان<sup>۱</sup> (C-BEDS): مقیاس C-BEDS برای سنجش ساده، قابل فهم و نسبتاً سریع تشخیص اختلال پر خوری در کودکان طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۷ آیتم بر اساس ۷ معیار رفتاری مطرح شده و بوسیله ی مارکوس و کالارچین<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه توسط کودکان و به کمک مادران آنها پاسخ داده می شود. اگر کودکان در فهم سوالات مشکل داشتند یا اگر پاسخ های آنها واضح نبود، برای کودک توضیح داده می شد. اگر کودکان به پرسش های ۱ و ۲ و حداقل یکی از پرسش های ۳ و ۴ یا ۵ پاسخ بله دهند و علائم عنوان شده در پرسشنامه بیش از سه ماه دیده شده باشند و اگر کودک به سوال ۷ پاسخ منفی بدهد، در کودک اختلال پر خوری تشخیص داده می شود. در این پژوهش جهت سنجش میزان تاثیر مداخله، هر آیتم در مقیاس لیکرت نمره گذاری شد و پاسخ ها به صورت "هرگز"، "خیلی کم"، "کم"، "زیاد" بودند. نمره بالا نشان دهنده سطح بالای پر خوری است. جهت بررسی بهتر میزان پر خوری، پرسشنامه به صورت چند گزینه ای بر روی کودکان انجام شد تا میزان تغییرات صورت گرفته پس از مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری بهتر مشخص گردد.

در پژوهشی شاپیرو و همکاران (۲۰۰۷) همبستگی مقیاس های این پرسشنامه را با مصاحبه تشخیص بالینی استاندارد شده بر اساس DSM در ۵۵ کودک ۵ تا ۱۳ سال بررسی نمودند. نتایج توافق معنی داری را بین مقیاس های این پرسشنامه و معیارهای تشخیصی بالینی استاندارد شده DSM گزارش نمود. در پژوهش حاضر برای برآورد همسانی درونی پرسشنامه پر خوری کودکان، از شاخص آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین صورت که پرسشنامه بر روی ۲۱۰ کودک دارای اضافه وزن ۱۲-۷ سال شهر اهواز اجرا شد. نتایج نشان داد که کل مقیاس دارای همسانی درونی برابر با ۰/۷۹ است. روایی صوری مقیاس را یکی از اعضای هیأت علمی گروه روان شناسی دانشگاه اصفهان و دو نفر از استادان دانشگاه اهواز که سابقه قبلی در تدریس و پژوهش در زمینه کودکان داشتند، تأیید نمودند.

**روش اجرا**

روش اجرا به این صورت بود که در هر مدرسه شاخص توده بدن در کل دختران چاق مورد بررسی قرار گرفت. سپس پرسشنامه اختلال دلبستگی برای آنها اجرا شد و دخترانی که شاخص توده بدن بالاتر از صدک ۹۵ و نمره آزمون دلبستگی آنها بالاتر از ۳۰ بود، انتخاب شدند. سپس آزمودنی ها به صورت تصادفی به گروه آزمایش و گروه کنترل گمارش شدند. در ابتدا از دو گروه پیش آزمون در متغیر پر خوری بعمل آمد، سپس مداخله درمانی صرفاً برای گروه آزمایش انجام شد و گروه کنترل بدون مداخله باقی ماند. پس از اتمام مداخله مجدداً برای دو گروه پس آزمون و پس از ۴۵ روز آزمون پیگیری انجام شد.

طرح درمان مبتنی بر دلبستگی که در این پژوهش به کار گرفته شد، برداشتی تلفیقی و ترکیبی

1. Children's Binge Eating Disorder Scale

2. Marcus & Kalarchian

*Archive of SID*

از فرمت درمانی اصول پاسخدهی مناسب به کودک فرایبرگ<sup>۱</sup> (۲۰۰۴)، مبانی رفتار همدلانه با مادر از سوی درمانگر پاول و لیبرمن<sup>۲</sup> (۱۹۹۷)، اصول حساس سازی مادر بریش<sup>۳</sup> (۲۰۰۲)، روشهای دلبستگی و ارتباط اروین<sup>۴</sup> (۱۹۹۵)، الگوی دلبستگی درمانی کراس<sup>۵</sup> (۲۰۰۲)، روشهای کاهش مشکلات رفتاری در مدرسه ی اپستین و روبین<sup>۶</sup> (۲۰۱۰)، روش قصه گویی برای کودکان دارای اختلال دلبستگی نیکولز<sup>۷</sup> (۲۰۰۴)، دلبستگی درمانی تحولی لفر- مک جنوا<sup>۸</sup> (۲۰۰۶)، تکنیک مدیریت کودکان تنش، بازی درمانی، نمایشنامه سازی بود. موضوعات هر نمایشنامه کاملاً با فرهنگ ایرانی و طبقه ی متوسط اقتصادی- اجتماعی جامعه مطابقت داده شده بود. در این روش، درمانگر موقعیتی واقعی را در مورد تعامل مادر و کودک در زمینه ی یک مبحث خاص مثلاً پاسخ دهی به یک نیاز کودک مثال می آورد و از مادران نیز می خواهد که آن را تجسم کنند و واکنش خود در آن موقعیت را بیان نمایند. برای مثال درمانگر گفت: "تصور کنید شما در آشپزخانه هستید و فرزندتان از اتاق نشیمن شما را صدا می زند، واکنش تان چیست؟ حال فرض کنید مشغول ظرف شستن هستید، در این حال چه می کنید؟ اگر مشغول پختن غذا باشید چه؟ فرض کنید غذا را رها کنید، به سراغ کودک بیاید ولی بفهمید که برای کار مهمی شما را خوانده باشد، چه می کنید؟ اگر باز به سراغ کارتان بازگردید و این بار شما را صدا بزند چه می کنید؟ چه برخوردی از خود نشان می دهید؟" و الی آخر ...

این روش مداخله به وسیله روان شناس بر روی مادران به صورت گروهی در ۱۰ جلسه (هفته ای یک جلسه) به مدت ۲ ماه و نیم اجرا گردید. به این صورت که مادران در روزهای مشخص شده در مدرسه حضور می یافتند و مداخله ها به آنها ارایه می گردید.

ساختار جلسات مداخله مبتنی بر دلبستگی

جلسه اول: توضیح دلبستگی، مشکلات دلبستگی، علائم اختلالات پر خوری کودکان، علائم مشکلات هیجانی کودکان، چگونگی ارتباط پر خوری با دلبستگی در کودکان و نقش واسطه ای هیجان ها.

جلسه دوم: منطق درمان و تعیین اهداف آن، تشریح نیازهای روانی و فیزیولوژیکی کودک و لزوم شناخت هیجان های کودک و نحوه پاسخدهی به نیازها و هیجان های کودک، مداخله تکنیک دردسترس بودن مادر، مداخله تکنیک نمایشنامه سازی و تمرین آن، نمایشنامه سازی درباره ی چگونگی پاسخدهی به نیازهای کودک و تمرین آن با مادران.

1. Fraiberg
2. Pawl & Liberman
3. Brisch
4. Erwin
5. Cross
6. Epstein, Robin
7. Nicholes
8. Lefebvre - McGenva



*Archive of SID*

جلسه 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 او، شناسایی علایم اضطرابی در کودک و مدیریت آن توسط مادر. جلسه چهارم: لزوم تداوم و ثبات رفتار مثبت به منظور ترمیم حس اعتماد مختل در کودک، مداخله تکنیک تماس جسمی و به ویژه چشمی، نمایشنامه‌سازی درباره‌ی چگونگی ابراز محبت واقعی به کودک، در آغوش کشیدن، نوازش کردن و بوسیدن کودک، شناسایی علایم ترس در کودک و مدیریت آن توسط مادر.

جلسه پنجم: بازی مشارکتی مراقب - 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 خندانندگی وی و ایجاد شادی در کودک.

جلسه 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، شناسایی علایم خشم و پرخاشگری در کودک و مدیریت آن توسط مادر.

جلسه هفتم: بررسی مسایل رفتاری حل نشده کودکان، مداخله شاد و مهیج ساختن محیط زندگی کودک به منظور کاهش میزان افسردگی مادر و کودک، مداخله تکنیک تقویت کلامی کودک و پرهیز از انزوای کودک، شناسایی علایم اعتماد به نفس پایین در کودک و روش‌های افزایش آن توسط مادر.

جلسه هشتم: مداخله تکنیک مدیریت تنش در خانواده متمرکز بر کاهش میزان اضطراب کودک، مداخله تکنیک اطمینان بخشی به کودک در مورد حمایت همیشگی والدین از کودک و ترسیم آینده‌ای روشن برای کودک، نمایشنامه‌سازی درباره‌ی افزایش تفریحات شاد مادر - کودک. جلسه نهم: مداخله تکنیک والدین تماشایی در مورد رفتارهای پر خوری، مداخله تکنیک تقویت افتراقی رفتارهای مثبت، نادیده گرفتن رفتارهای منفی.

جلسه دهم: گفتگو در مورد موانع موجود در به کارگیری تکنیکهای مداخله داده شده، تشریح اهمیت تداوم عمل به آموخته‌ها به منظور ایجاد اعتماد اطمینان و ترمیم دلبستگی مادر - کودک، تبادل نظر در مورد میزان دستیابی به اهداف اولیه‌ی طرح درمانی و در نهایت جمع بندی و نتیجه گیری (بر گرفته از جهان بخش و همکاران، ۱۳۹۰).

**یافته‌های پژوهش**

شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف پژوهش به صورت میانگین و انحراف استاندارد، در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

### جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پرسشنامه پر خوری و شاخص توده بدنی در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه	میانگین پر خوری	انحراف استاندارد پر خوری	تعداد	میانگین شاخص توده بدنی	انحراف استاندارد شاخص توده بدنی
پیش آزمون	آزمایش	۹/۸۹	۱/۲۸	۱۶	۱۹/۹۶	۱/۷۲
	کنترل	۹/۹۵	۰/۵۷	۱۶	۱۹/۹۱	۱/۶۸
پس آزمون	آزمایش	۹/۰۶	۱/۲۸	۱۶	۱۸/۴۴	۱/۸۸
	کنترل	۹/۹۳	۰/۶۸	۱۶	۱۹/۹۱	۱/۷۳
پیگیری	آزمایش	۸/۵۶	۱/۱۵	۱۶	۱۷/۶۲	۱/۶۱
	کنترل	۹/۸۷	۰/۷۱	۱۶	۱۹/۹۵	۱/۷۶

با توجه به جدول ۱، میانگین نمره پر خوری گروه آزمایش در پیش آزمون ۹/۹۳، در پس آزمون ۹/۰۶ و در پیگیری ۸/۵۶ است، در گروه کنترل در پیش آزمون ۹/۹۳، در پس آزمون ۹/۹۳ و در پیگیری به ۹/۸۷ است. همچنین میانگین نمره شاخص توده بدنی گروه آزمایش در پیش آزمون از ۱۹/۹۱، در پس آزمون ۱۸/۴۴، در پیگیری به ۱۷/۹۲ و در گروه کنترل در پیش آزمون از ۱۹/۹۱، در پس آزمون ۱۹/۹۱ و در پیگیری به ۱۹/۴۵ است.

جهت بررسی فرضیه پژوهش و تعیین معنیداری تفاوت بین میانگین گروه آزمایش و گروه کنترل و همچنین همزمان برای سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیره، استفاده شد. جهت استفاده از روش تحلیل کوواریانس لازم است مفروضه این تحلیل مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین در جدول ۲ نتایج حاصل از آزمون لوین، به منظور بررسی تساوی واریانس‌ها و در جدول ۳ نتایج حاصل از برابری شیب رگرسیون نشان داده شده است..

### جدول ۲. نتایج آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های نمرات پر خوری و شاخص توده بدنی

SIG	df <sub>۲</sub>	df <sub>۱</sub>	F	پس آزمون
۰/۱۹۶	۳۰	۱	۶/۸۱	پر خوری
۰/۴۸۳	۳۰	۱	۵/۲۲	شاخص توده بدنی

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود آزمون لوین، پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه را در پس آزمون نمرات پر خوری و شاخص توده بدنی تایید نمود ( $t > 0/05$ ).

### جدول ۳. نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی و وابسته

SIG	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	تعامل پیش آزمون‌ها در سطوح عامل با
۰/۶۲۸	۱/۷۱	۳/۲۹	۱	۳/۲۹	پر خوری
۰/۴۸۵	۰/۴۹۷	۸/۶۱	۱	۸/۶۱	شاخص توده بدنی

## Archive of SID

با توجه به جدول ۳ تعامل متغیرهای کمکی (پیش آزمون ها) و وابسته (پس آزمون ها) در سطح عامل (گروه های آزمایش و کنترل) معنی دار نیست بنابراین فرض همگنی رگرسیون رعایت شده است ( $t > 0/05$ ).

#### جدول ۴. تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی نمرات پرخوری و شاخص توده بدنی در پس آزمون دو گروه

اثر آزمون	مقدار	F	فرضیه df	df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلائی	۰/۷۳	۳۶/۷۴	۲	۲۷	<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۶	۳۶/۷۴	۲	۲۷	<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۲/۷۲	۳۶/۷۴	۲	۲۷	<۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۲/۷۲	۳۶/۷۴	۲	۲۷	<۰/۰۰۱

تحلیل واریانس چند متغیره بر روی میانگین نمره های پیش آزمون، پس آزمون در متغیرهای پرخوری و شاخص توده بدنی در گروه مداخله و گروه کنترل انجام گردید. نتایج آزمون های اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ، بزرگترین ریشه روی نشان دهنده این موضوع است که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. در ادامه، برای بررسی این که این تفاوت مربوط به کدام متغیر وابسته است تحلیل آنکوا برای هر یک از متغیرهای وابسته اجرا شد (جدول ۴).

#### جدول ۵. تحلیل کوواریانس یک متغیره (آنوا) بر روی نمرات پرخوری و شاخص توده بدنی در دو گروه

منبع	متغیر مستقل	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	SIG	اندازه اثر	توان
گروه	پس آزمون پرخوری	۱۷/۶۴	۱	۱۷/۶۴	۶۲/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۱	۰/۸۵
	پس آزمون شاخص توده بدنی	۶/۱۱	۱	۶/۱۱	۳۲/۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۳	۰/۸۱
خطا	پس آزمون پرخوری	۵/۲۸	۲۸	۰/۱۸۹				
	پس آزمون شاخص توده بدنی	۷/۸۸	۲۸	۰/۲۸۱				

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل در پس آزمون، هم در متغیر پرخوری و هم در شاخص توده بدنی معنی دار است. میزان این تفاوت در متغیر پرخوری ۰/۹۱ و در متغیر شاخص توده بدنی ۰/۸۳ است، یعنی ۹۱ درصد تفاوت دو گروه در متغیر پرخوری و ۸۳ درصد تفاوت دو گروه در متغیر شاخص توده بدنی مربوط به مداخله آزمایشی است.

تحلیل واریانس چند متغیره بر روی میانگین نمره های پیگیری در متغیرهای پرخوری و شاخص توده بدنی در گروه مداخله و گروه کنترل انجام شد. نتایج آزمون های اثر پیلائی، لامبدای ویلکز،

*Archive of SID*

اثر هتلینگ، بزرگترین ریشه روی نشان دهنده این موضوع بود که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرها در مرحله پیگیری تفاوت وجود دارد. برای بررسی این که این تفاوت مربوط به کدام متغیر وابسته است. تحلیل آنوا برای هر یک از متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری اجرا شد. نتایج نشان داد که تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل در پیگیری، هم در متغیر پرخوری ( $F=8/27$  و  $t < 0/05$ ) و هم در شاخص توده بدنی ( $F=8/27$  و  $t < 0/05$ ) معنی دار بود. میزان این تفاوت در متغیر پرخوری  $0/59$  و در متغیر شاخص توده بدنی  $0/56$  است. یعنی میزان تاثیر مداخله در متغیر پرخوری  $0/59$  و در متغیر شاخص توده بدنی  $0/56$  بوده است.

**بحث و نتیجه گیری**

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر مداخله مبتنی بر دلبستگی در پرخوری و شاخص توده بدنی دختران مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال پرخوری و چاقی شهر اهواز بود. بر این اساس ۳۲ دختر مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال پرخوری دارای شاخص توده بدنی بالاتر از صدک ۹۵ انتخاب شدند و به طور تصادفی به گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند. مادران گروه مداخله، ۱۰ جلسه مداخله مبتنی بر دلبستگی دریافت نمودند و گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نمودند. با استفاده از نمره های آنها در پرسشنامه مقیاس اختلال پرخوری کودکان و شاخص توده بدنی، در سه مرحله زمانی مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله مبتنی بر دلبستگی هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری باعث بهبود اختلال پرخوری و بهبود شاخص توده بدنی در آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده در خصوص تبیین نتایج بدست آمده می توان بیان داشت عدم دلبستگی ایمن کودک منجر به بروز هیجان های منفی در کودکان می شود. ناتوانی در کنترل هیجانات منفی، منجر به استفاده از راهبردهای نامطلوب هیجانی همچون پرخوری می شود. عدم دلبستگی ایمن هم می تواند در بی نظمی هیجان ها، موثر بوده و هم به عنوان عاملی در ابتلا به اختلالات خوردن، نقش اثرگذاری ایفا کند (سانتلیسس و همکاران، ۲۰۱۰). بر این اساس درمان مبتنی بر دلبستگی به تعدیل هیجانی و در نتیجه به تنظیم راهبردهای نامطلوب هیجانی (پرخوری) کمک می کند. درمان مبتنی بر دلبستگی با به کار گرفتن تکنیک هایی مثل مداخله در دسترس بودن مادر، تأمین نیازهای فیزیولوژیک و روانی کودک، تأمین امنیت کودک، تماس جسمی و به ویژه تماس چشمی، پاسخگو بودن، افزایش زمان گفتگو، بازی و تعامل دو به دو با کودک ارتباط مادر-کودک را تقویت نموده و به تدریج بی اعتمادی ناشی از نایمی دلبستگی را به رابطه ای بر پایه اعتماد تبدیل می نماید و به دنبال آن تصحیح ارتباط والد - کودک نیز تا حد زیادی رفتارهای منجر به پرخوری و چاقی در آنان را کاهش می دهد. در مداخله مبتنی بر دلبستگی، مادر یاد می گیرد که به احساس و روش پاسخدهی خود اعتماد کند و اضطراب و تشویش درونی خود در زمینه چگونگی رویارویی با رفتارهای کودک را کنترل

*Archive of SID*

نماید. درمانگر از رابطه همدلانه ایجاد شده بین خود و مادر برای افزایش علاقه مندی و انگیزه تغییر در وی بهره می‌گیرد. بنابراین، درمانگر با تعیین نقاط قوت رابطه مادر و کودک و تأکید بر نقاط قوت مادر به عنوان فردی با کفایت و ارزشمند، اضطراب و احساس بی‌کفایتی وی را در رابطه با کودک کاهش می‌دهد (بریش، ۲۰۰۲). همچنین از آنجا که اصلاح الگوی ارتباطی والد - کودک مهمترین مؤلفه درمانی این نوع درمان محسوب می‌شود. زمانی که والدین از اشکال و معایب روش تربیتی و ارتباطی خود با کودک آگاه می‌شوند، به احتمال قوی بنا به علاقه والدین به سلامت روحی و روانی کودکشان، سعی در تصحیح تعامل خود با کودک می‌نمایند که تداوم این تعامل جدید و ثبات والدین در آن پیشرفت مداوم کودک و کاهش علائم و مشکلات آنان را در پی خواهد داشت. ضمن اینکه به والدین فنونی آموزش داده می‌شود که در آینده و در صورت بروز مجدد مسائل و مشکلاتی از این قبیل با به کارگیری این فنون با مشکلات و رفتارهای پرخوری کودک مقابله کنند.

همانطور که مشاهده شد میزان کاهش علائم اختلالات پرخوری در نتیجه مداخله دلبستگی، در مرحله پیگیری بیشتر از مرحله پس‌آزمون بود و این درحالی است که در اکثر مداخله‌های درمانی در اثر گذشت زمان از تأثیر درمان کاسته و تا حدودی عود اختلال در مرحله پیگیری گزارش می‌شود. بالعکس، مداخله‌ای که در زمینه دلبستگی صورت می‌گیرد، اثر آن در دراز مدت و با گذشت زمان استقرار بهتری می‌یابد، زیرا اعتماد سلب شده کودک دلبسته ناایمن نسبت به والدین به سرعت قابل‌ترمیم نیست و گذر زمان و پایداری والدین به فنون درمانی به تدریج امنیت دلبستگی را در کودک ایجاد می‌کند و در نتیجه اختلال‌های ناشی از دلبستگی نیز رو به بهبود خواهد گذاشت. این احتمال نیز وجود دارد که با انجام پیگیری طولی و سالانه بتوان شاهد بهبود بیشتر علائم پرخوری در شرکت‌کنندگان بود. پس می‌توان عنصر زمان و پایداری به مبانی درمانی را جزء مهمترین عناصر تعیین‌کننده در مداخله دلبستگی به شمار آورد. همچنین از آنجا که چاقی در کودکان و نوجوانان رو به افزایش است و با توجه به این که بیشتر این کودکان در سنین بزرگسالی هم مبتلا به چاقی و مشکلات ناشی از آن می‌شوند، مداخله مبتنی بر دلبستگی یکی از راه‌های درمانی مناسب برای کنترل چاقی از سنین پائین است که بدون داشتن عوارض جانبی، می‌تواند به درمان این مشکل کمک نماید.

پژوهش حاضر روی نمونه‌هایی از دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی شهر اهواز انجام شده، بنابراین باید در تعمیم دهی نتایج به سایر افراد احتیاط شود. پژوهش‌های بعدی می‌توانند با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی در مورد سایر اختلالات رفتاری در جمعیت گسترده‌تر و در هر دو جنس، کمک‌شایانی برای درمان مشکلات و اختلالات رفتاری کودکان محسوب گردند.

## منابع

- بهبزادی پور، ساره، پاکدامن، شهلا و بشارت، محمدعلی (۱۳۸۹). رابطه بین سبک‌های دلبستگی و نگرانی‌های مربوط به وزن در دختران نوجوان. *مجله علوم رفتاری*، سال ۴، شماره ۱، ۶۹-۷۶.
- جهانبخش، مرضیه، بهادری، محمد حسین، امیری، شعله و جمشیدی، آذر (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله دلبستگی مادران بر علائم فزون اضطرابی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، سال ۵، شماره ۴، ۲۶-۴۱.
- جهانبخش، مرضیه، بهادری، محمد حسین، امیری، شعله و جمشیدی، آذر (۱۳۹۰). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر علائم نافرمانی مقابل‌های در دختران دارای مشکلات دلبستگی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، سال ۳، شماره ۳، ۴۹-۴۱.
- جهانبخش، مرضیه، بهادری، محمد حسین، امیری، شعله و جمشیدی، آذر (۱۳۹۰). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر میزان سلامت روان در دختران دارای مشکلات دلبستگی. *مجله اصول بهداشت روانی*، سال ۳، شماره ۱۴، ۱۴۰-۱۵۱.
- خان پور اردستانی، سمانه، صاد قپور، شیرین، آذربایجانی، آذی و حسن زاده کشتلی، عمار (۱۳۹۰). اختلال پر خوری: یک مقاله مروری تحقیقات علوم رفتاری. ویژه نامه اختلالات روان‌تنی، دوره ۹، شماره ۵، ۴۳۲-۴۵۱.
- ذوالفقاری، مطلق، مصطفی، جزایری، علیرضا، خوشابی، کتابیون، مظاهری، محمدعلی و کریملو، مسعود (۱۳۸۷). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی. *مجله روان پزشکی و بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، سال ۳، شماره ۳۸۸-۳۸۰، ۴.
- مظاهری، محمدعلی (۱۳۷۹). الگوهای دلبستگی نوزادان ایرانی. *مجله روان‌شناسی*، سال ۲، شماره ۴، ۳۲۰-۳۴۰.
- موحد ابطحی، مهسا. امیری، شعله و امساک، گلینا (۱۳۹۱). هنجاریابی و بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، سال سیزدهم، شماره ۳، ۵۵-۴۶.
- Ainsworth, M. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother' unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. *Attachment across the life cycle*. New York: Routledge, 160-185.
- Anderson, S., & Whitaker, R. (2011). Attachment security and obesity in US preschool-aged children. *Archpediatrics Adolesc*, 165(3), 235-242.
- American Psychiatric Association. (2010). Retrieved from URL: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- Araujo, D. M., Santos, G., & Nardi, A. E. (2010). Bing eating disorder and depression: A systemstic review. *The Word Journal of Biological Psychological*, 16(2), 176-1182.
- Ardevini, C. (2002). Attachment theory, metacognitive functions and the therapeutic relationship

*Archive of SID*

- in eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 7(4), 328-311.
- Barth, F. D. (2008). Hidden eating disorders: Attachment and Affect regulation in the therapeutic relationship. *Clin Soc Work*, 36(4), 355– 365.
- Blizard, R. (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self-states, and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(3), 27-50.
- Bowlby, J. (1950). *Attachment and loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1953). *Attachment and loss: Retrospect and prospect*. *Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development*, 29-47.
- Bowlby, J. (1955). *Attachment and loss: Volume 1. Attachment* (2nd ed.). New York: NY: Basic Books (Original work published 1969).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2 Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Brisch, J. H., (2002). *Treating attachment disorders: From theory to therapy*. New York: Guilford Press, 58- 117.
- Chester, T. (1997). Toward a sociological model for residential treatment. *Journal of Psychiatry & Law*, 25(3), 377-389.
- Cross, K. (2002). Reactive attachment disorder and attachment therapy. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 1(2), 213-36.
- Epstein, M., & Robin, W. (2010). *Reducing behavior problems in the elementary school classroom*. US: Institute of Education Sciences, 82(6), 143-66.
- Erwin Ph. (1998). *Friendship in childhood and adolescence*. USA and Canada: Rutledge; 23.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(4), 22-31.
- Fraiberg, S. (2004). Pathological defenses in infancy. *Psychoanal*, 51(4), 612-35.
- Hazen, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5(2), 1-22.
- Hilbert, A., & Tuschien-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 521–530.
- Lefebvre-McGenna, J.A., (2006). *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, 66-8.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon, & J. George, (Eds). *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press, 291-317.
- Main, M. (2000). Attachment theory. *Encyclopedia of Psychology*. Vol.1. Washington, DC; New York: American Psychological Association; Oxford University Press, 289-293.
- Marcus, M. D., & Kalarchian, M. (2003). Binge eating in children and adolescents. *Int J Eat Disorder*, 34(3), 47–57.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). What's inside the minds of securely and insecurely attached people? The secure-base script and its associations with attachment-style dimensions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(4), 615-629.
- Nederkoom, Ch., Braet, C., Van Eijs, Y., Tanghe, A., & Jansen, A. (2006). Why obese children cannot resist food: The role of impulsivity. *Eating Behaviors*, 7(2), 315–322.

- Nicholes, M. (2004). Family attachment narrative therapy: Telling healing stories. *Journal of Social Psychology*, 56(3), 39-51.
- Oliver, V. G. (2008). Stress and food choice: A laboratory study. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 853-865.
- Ouwens, M. A. (2011). Attachment styles, coping and emotional eating. *Journal of Appetite*, 57(3), 535-552.
- Pawl, J., & Liberman, A.F. (1997). Infant- parent psychotherapy. In: J. Noshpitz (editor). *Handbook of child and adolescence psychiatry*. New York: Basic book, 185-213.
- Randolph, E. (1996). *Manual for the Randolph Attachment Disorder Questionnaire* (3rdEd.). CO: The Attachment Center Press.
- Santelices, M.P., Guzmán, G.M., Aracena, M., Farkas, C., Armijo, I., Pérez-Salas, C.P., & Borghini, F. (2010). Promoting secure attachment: evaluation of the effectiveness of an early intervention pilot programme with mother-infant dyads in Santiago, Chile. *Child Care Health Dev*, 37(2), 203-210.
- Schore, A.N. (2005). Attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatr Rev*, 26(6), 204-217.
- Shapiro, J. R., Woolson, S.L., Hamer, R. M., Kalarchian, M. A., Marcus, M. D., Bulik, G., & Cynthia, M. (2007). Evaluating binge eating disorder in children: Development of the Children's Binge Eating Disorder Scale (C-BEDS). *Eat Disord*, 40(3), 82-89.
- Tanofsky-Kraffa, M., Yanovskib, Z., & Yanovskia, J. A. (2005). Comparison of child interview and parent reports of children's eating disordered behaviors. *Eat Behav*, 6(1), 95-99.
- Tasca, G. A, Kowal, J., Balfour, L., Ritchie, K., Virley, B., & Bissada, H. (2006). An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. *Eating Behaviors*, 7(2), 252-257
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trimmer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krynsanski, V., & Balfour, L. (2011). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 662-667.
- VandenBoom, D.C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive on sensitivity and early attachments. *Child Development*, 65,(5), 1457-1477.
- VanIjzendoorn, M. H., & Kranenburg, M. J. (2005). Why less is more: From the dodo bird verdict to evidence-based interventions on sensitivity and early attachments. *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp. 297-312). New York: Guilford Press.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H. & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 497-505.
- Wardle, J., & Beales, S. (2009). Control and loss of control over eating: An experimental investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(9), 35-40.
- Wilkinson, L., Rowe, A., Bishop, R., & Brunstrom, J. (2010). Attachment anxiety disinhibited eating, and body mass index in adulthood. *International Journal of Obesity*, 34(9), 1442-1445.
- Wilson, G. T. (2011). Treatment of binge eating disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 34(4), 773-83.
- Zachrisson, H., & Skarderud, F. (2010). *Eating disorders*. John Wiley & Sons, Ltd. Eating Disorders Association, Published in Wiley InterScience .