

The Effect of Child-based Attachment Therapy Approach on Depressive Symptoms and Quality of Attachment of Primary School Boys

Farahnaz Shakeniya. M A.

University of Isfahan

Behzad Behrouz. M.B.

University of Razi Kermanshah

Behrouz Behrouz. M.A.

University of Isfahan

Mohammad Bagher Kajbaf. Ph.D.

University of Isfahan

Ghobad Behamin. Ph.D.

Ilam Payame Noor University

تأثیری درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک محور بر علائم افسردگی و کیفیت دلبستگی پسران مقطع ابتدایی

فرحناز شاکه‌نیلی*

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه اصفهان

بهزاد بهروز

دانشجوی کارشناسی مشاوره دانشگاه رازی کرمانشاه

بهروز بهروز

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه اصفهان

محمدباقر کجیاف

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

قیاد بهامین

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور ایلام

Abstract

The purpose of this aim was to determine the effectiveness of child-based attachment therapy approach on the amount of depression symptoms and quality of attachment of primary school boys. The research type is quasi-experimental with control and experimental groups. Population included all fourth and fifth grade primary school boys in the city of Isfahan in 2011 (1390s.c.). The sample under study here were 30 depressed students of fourth and fifth grades chosen by random multi-stage sampling who were assigned randomly to control and experimental groups. To measure children depression rate, the tool used in this study was Child Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1981). Also, children attachment rate was measured through Inventory of Parent and Peer Attachment Revised for children (IPPA-R) (Gullon & Robinson, 2005). The interventions included 6 sessions which were based on child-oriented attachment therapy for the experimental group, while the control group did not receive any treatment. The results of descriptive statistics and analysis of covariance showed, that child based attachment therapy significantly reduces depression and its dimensions (interpersonal problems, ineffectiveness, anhedonia, negative mood, negative self-esteem) ($P < 0.05$) and also increases quality of attachment and its dimensions (trust, relationship, self-alienation) ($P < 0.05$) in the experimental group.

Keywords: child depression, attachment quality, child-based attachment therapy approach.

چکیده

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک محور بر میزان علائم افسردگی و کیفیت دلبستگی دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی انجام شد. پژوهش از نوع شبه آزمایشی و با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری همه پسران پایه چهارم و پنجم شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ بودند. نمونه مورد بررسی در این پژوهش ۳۰ دانش آموز پسر افسردۀ کلاس چهارم و پنجم دبستان بود که براساس نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. به منظور سنجش میزان افسردگی کودکان از پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI) (کواکس، ۱۹۸۱) و به منظور سنجش میزان دلبستگی کودکان، از پرسشنامه کیفیت دلبستگی به والدین و همسالان فرم تجدیدنظر شده برای کودکان (IPPA-R) (گالون و رابینسون، ۲۰۰۵) استفاده شد. مداخله‌ها شامل ۶ جلسه بود که براساس درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور تدوین شده بود و بر روی گروه آزمایش اجرا شد در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. نتایج آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان دلبستگی کودک محور به طور معناداری موجب کاهش افسردگی و ابعاد آن (مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، فقدان لذت، خلق منفی، عزت نفس منفی) ($P < 0.05$) و همچنین افزایش کیفیت دلبستگی و ابعاد آن (اعتماد، ارتباط، از خودبیگانگی) ($P < 0.05$) در گروه آزمایش گردید. واژه‌های کلیدی: افسردگی کودک، کیفیت دلبستگی، درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک محور.

* نویسنده مسؤؤل: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، گروه روان‌شناسی.

پست الکترونیک (رایانامه): f.shakehnia@gmail.com

پذیرش ۹۲/۱۰/۵

وصول ۹۱/۲/۱۰

مقدمه

۱۳۸۰). ماهیت روابط دلبستگی در طول نیم قرن موضوع تحقیقات تجربی شده است و به صورت چشمگیر در متون پژوهش رو به افزایش است، از جمله اشمولی - گوئتز، تارگت، فونانگی و دیتا^۹ (۲۰۰۸) معتقدند که کیفیت روابط والد-فرزند در دوران نوباوگی و اوایل دوران کودکی به عنوان یک عامل مهم در شکل‌گیری شخصیت بعدی و رشد آسیب‌شناسی روانی مورد توجه قرار گرفته است.

موریس، مایر و میسترز^{۱۰} (۲۰۰۰) نشان دادند که سطوح بالای دلبستگی نایمن به طور قابل توجهی با سطوح بالاتر علائم افسردگی فعلی همراه است و تأثیر معنادار سبک دلبستگی را نیز بر نمره کل اختلالات اضطرابی و افسردگی نشان دادند. در این پژوهش، کودکان دلبسته نایمن سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی را نسبت به کودکان دلبسته ایمن داشتند. آبله، هانکین، هایگ، آدامز، وینوکروف^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان دادند که الگوهای دلبستگی نایمن به عنوان عوامل خطر برای بسیاری از مشکلات روانی از جمله افسردگی عمل می‌کنند. نتایج مطالعه مورلی و موران^{۱۲} (۲۰۱۱)، پاپینی و راگمن^{۱۳} (۱۹۹۲)، سکستون، گلانویل و کاسلو^{۱۴} (۲۰۰۱)، شیبیر، هاپز، آلپرت، داویس و آندروس^{۱۵} (۱۹۹۷) این پژوهش‌ها، روابط دلبستگی را بعنوان راهبردی مؤثر برای تسهیل و افزایش تعاملات مثبت خانواده، پیشنهاد می‌کنند. زاچریسون^{۱۶} (۲۰۰۹) نیز نشان داد که کودکان با سطوح پایینی از دلبستگی ایمن، زمانی که در معرض سبک‌های فرزندپروری غیرمؤثر و اضطراب خانوادگی قرار می‌گیرند برای هر دو دسته از مشکلات بیرونی و درونی شدت افسردگی در معرض خطر بیشتری هستند. پژوهش‌های مطرح شده، اهمیت حیاتی دلبستگی را در رشد شناختی، عاطفی و اجتماعی کودک تأیید و تأثیرات گسترده آن بر تحقیقات رشد کودک و کاربردهای آن را در زمینه‌های مختلف برای ما محرز می‌کند. با وجود اینکه در پژوهش‌های داخلی شاهد تحقیقاتی هستیم که حاکی از مشکلات دلبستگی در کودکان ایرانی است (رازقی، غباری بناب و مظاهری، ۱۳۸۵)، ولی در ایران در زمینه درمان این مشکلات پژوهش زیادی انجام نگرفته است.

در سالهای اخیر بیشتر مطالعات درباره کاهش و درمان نشانه‌های افسردگی در بزرگسالان انجام گرفته است. متأسفانه نتایج به دست آمده از الگوها و درمان‌های افسردگی بزرگسال قابل تعمیم به کودکان نیستند، بنابراین نظریه‌های سبب‌شناختی و اثربخشی مداخلات درمانی باید در کودکان به گونه‌ای مستقل بررسی شود (لی و هنکین^۱، ۲۰۰۹). درمان کودکان و نوجوانان افسرده یکی از چالش‌انگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی است. با توجه به مرگ و میر ناشی از اختلال افسردگی، میلین، والکر و چو^۲ (۲۰۰۳) معتقدند که بازبینی پیشینه مربوط برای دستیابی به بهترین گزینه‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد. در این خصوص هر چند که پیشگیری اولیه همواره کارآمد و مؤثر نیست، ولی شواهد نشان می‌دهد پیشگیری ثانویه (مداخله‌های درمانی) مشکلات روانی - اجتماعی آتی را به‌طور چشمگیری کاهش می‌دهد.

برای درک بروز افسردگی در کودکان از دو رویکرد شناختی و بین‌فردی استفاده می‌شود. هر رویکرد به طور جداگانه در درک ما از بروز افسردگی نقش دارد. نظریه‌های شناختی (افسردگی بک^۳) شواهدی برای تأثیر شناخت منفی در بروز افسردگی ارائه کرده است، در حالیکه نظریه‌های میان‌فردی (تئوری تعامل افسردگی کوین^۴) بر نقش فرایندهای میان‌فردی در افسردگی تأکید می‌کند. استفاده از رویکرد یکپارچه شناختی - میان‌فردی^۵ به بررسی تعامل بین هر دو عامل درون‌فردی و میان‌فردی توجه می‌کند. نظریه دلبستگی یکی از این نظریه‌های یکپارچه است که می‌تواند به عنوان یک چارچوب شناختی - میان‌فردی برای درک بروز افسردگی در کودکان مورد استفاده قرار گیرد (لی و هنکین، ۲۰۰۹).

بر اساس نظریه کردارشناسی^۶، دلبستگی^۷ عامل مهمی در تأمین رشد عاطفی و اجتماعی کودک در سال‌های بعدی زندگی او است. دلبستگی بر رشد اجتماعی کودک تأثیر می‌گذارد، بدین ترتیب که او به دلیل دلبستگی به والدین خود، ارزش‌ها و معیارهای افرادی را که از او مراقبت می‌کنند یعنی والدینش را می‌پذیرد (ماسن، کیگان، هوستون و ویکانجر^۸،

1. Lee & Hankin
3. Beck's cognitive theory of depression
5. integrated cognitive-interpersonal
7. attachment
9. Shmueli-Goetz, Target, Fonagy & Datta
11. Abela, Hankin, Haigh, Adams & Vinokuroff
13. Papini & Roggman
15. Sheeber, Hops, Alpert, Davis & Andrews

2. Miloin, Walker & Chow
4. Coyne's Interactional Theory of Depression
6. ethology theory
8. Masn, Kygan, Houston & ve Kanjr
10. Muris, Mayer & Meesters
12. Morley & Moran
14. Sexton, Glanvil & Kaslow
16. Zachrisson

درمان مبتنی بر دلبستگی^۱ اصطلاحی است برای مداخلات و یا رویکردهای مبتنی بر نظریه دلبستگی که از نظریه بالبی نشأت گرفته است. براساس نظر برلین، زاناه و لیبرمن^۲ (۲۰۰۸) این رویکردها در دامنه ای از روش‌های درمان فردی تا برنامه‌های بهداشت عمومی قرار دارند. منظور از درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور در این پژوهش، شش جلسه آموزش گروهی برای کودکان و یک جلسه آموزش گروهی برای والدین است که براساس ابعاد رشدی مراقبتی مبتنی بر دلبستگی اسکافیلد^۳ و یک تنظیم شده و به علت تمرکز بر ابعاد رشدی کودک، «رویکرد کودک محور» نام گرفته است. برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رشد دلبستگی ایمن و بهبود تعامل والد - کودک از طریق مداخلات دلبستگی می‌تواند خطر افسردگی و اضطراب کودکی و بزرگسالی را کاهش دهد (جاکوبسن، هرود و فرگوسن^۴، ۲۰۱۲).

با در نظر گرفتن شیوع افسردگی در کودکان دبستانی،

اهمیت سلامت روانی دانش‌آموزان و ضرورت شناسایی، درمان و پیگیری گروه‌های در معرض خطر، توجه به درمان‌هایی که بتواند مشکلات را به حداقل برساند، ضروری به نظر می‌رسد، در حالی که بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با آسیب‌شناسی روانی و سایر سازه‌های روانی - اجتماعی و اثربخشی رویکرد مبتنی بر دلبستگی بر روی بزرگسالان انجام گرفته است، تحقیقات کمی در کودکان سنین مدرسه انجام شده است و بیشتر پژوهش‌ها بر جنبه سالم رشد تأکید کرده‌اند. بنابراین پژوهش حاضر می‌تواند کمبودهای پژوهشی در این زمینه را تا حدودی مرتفع سازد. روان‌شناسان بالینی باید با دوره‌های رشدی خاصی که خطر شروع افسردگی خردسالان را بالا می‌برد، آشنا باشند. این دوره‌های رشدی عبارت‌اند از؛ اواخر کودکی تا اوایل نوجوانی که در آن شیوع افسردگی در حد چشمگیری افزایش می‌یابد و دوره‌های گذرا مثل، دوره ورود به مدرسه که کودک باید پیش از حد با مسائل کنار بیاید (شرودر و گوردون^۵، ۱۳۸۵). براساس نکات مطرح شده، اهمیت پیشگیری و درمان نشانه‌های افسردگی کودکان ضروری به نظر می‌رسد. با وجود کوشش برای درمان افسردگی کودکان توجه اندکی به رویکردهای رشدی و به ویژه رویکرد دلبستگی شده است. بنابراین این پژوهش ضمن معرفی این رویکرد درمانی، میزان اثربخشی آن را در کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان دبستانی و افزایش کیفیت دلبستگی آنها مورد بررسی قرار دهد. با توجه به اهمیت آموزش و پرورش در زندگی افراد،

ضروری است متولیان امر تدابیری اتخاذ نمایند که والدین دانش‌آموزان در جریان شیوه‌های فرزندپروری و شناخت نسبت به سبک‌های دلبستگی به‌ویژه دلبستگی ایمن قرار بگیرند. در این صورت دانش‌آموزان در رسیدن به اهداف خود در زندگی پیشرفت می‌کنند و توانایی مواجهه با مخاطرات زندگی و تصمیم‌گیری اثربخش را کسب و اختلالات رفتاری آنها کاهش می‌یابد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک محور بر کاهش علائم افسردگی و کیفیت دلبستگی دوران کودکی تدوین شده است. فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

۱- برنامه درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک محور بر میزان علائم افسردگی دوران کودکی مؤثر است.

۲- برنامه درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک محور بر میزان دلبستگی آزمودنی‌ها مؤثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه؛ این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی است و در آن از دو گروه آزمایش و گواه با انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. در گروه آزمایش متغیر مستقل (درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور) اعمال، اما در گروه گواه اعمال نشد. در پایان متغیرهای وابسته در دو گروه با پس‌آزمون اندازه‌گیری شد. جامعه آماری این پژوهش را همه دانش‌آموزان پسر مقطع چهارم و پنجم ابتدایی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به منظور غربالگری کودکان افسرده و به روش تصادفی چندمرحله‌ای انجام گرفت. ابتدا از بین نواحی ششگانه اصفهان، یک ناحیه (ناحیه دو) و از این ناحیه نیز ۱۰ مدرسه و از هر مدرسه دو کلاس به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه افسردگی در بین آنان اجرا گردید. سپس ۳۰ نفر از دانش‌آموزانی که بیشترین نمره را در افسردگی کسب کردند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. پس از اجرای درمان، از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون گرفته شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از؛ اعلام رضایت والدین، والدین به‌عنوان مراقبان اصلی کودک، تحصیل در مقطع چهارم و پنجم ابتدایی، کسب نمره ۲۲ (نمره برش پیشنهادی نمونه ایرانی) و بالاتر در پرسشنامه افسردگی کودکان ملاک‌های خروج نیز شامل؛ عدم تمایل خود کودک به شرکت در جلسات، عدم زندگی والدین با هم در نتیجه متارکه یا طلاق بود.

1. attachment-based treatment

3. Scofield

5. Jakobsen, Horwood & Fergusson

2. Berlin, Zeanah & Lieberman

4. child-centered approach

6. Schroeder & Gordon

ابزار سنجش

جمع خرده مقیاس اعتماد و ارتباط منهای خرده مقیاس از خودبیگانگی است. سؤالات ۳، ۵، ۷، ۱۰ و ۱۵ معکوس نمره گذاری می شوند. در پژوهش گالون و رایبسون (۲۰۰۵)، پایایی ابزار در زیرمقیاس والدین ۰/۹۳ و در زیرمقیاس همسالان ۰/۸۶ به دست آمده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برای زیرمقیاس اعتماد، ۰/۸۲ برای ارتباط و ۰/۷۹ برای بیگانگی گزارش شده است. همچنین در این پژوهش آلفای کرونباخ برای دو زیرمقیاس ارتباط و اعتماد به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۹ و برای زیرمقیاس از خودبیگانگی ۰/۷۷ به دست آمد. یک نمونه از سؤالات آن عبارت است از: «والدینم به احساسات من احترام می گذارند».

روش اجرا و تحلیل

بعد از کسب موافقت والدین، نخست پرسشنامه های افسردگی و دلبستگی اجرا و سپس ۳۰ نفر از کودکانی که بالاترین نمره را در افسردگی کسب نمودند، انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. از آزمودنی های انتخاب شده در گروه آزمایش، برای شرکت در جلسات درمان دعوت شد. هر دو گروه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون شرکت کردند. متغیر مستقل، درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور بود که در ۶ جلسه گروهی برای دانش آموزان به همراه یک جلسه آموزشی برای والدین در گروه آزمایش اعمال شد. به منظور اجرای پس آزمون این پرسشنامه ها دوباره اجرا شد. فرمت آموزشی درمانی این پژوهش براساس مدل مراقبتی مبتنی بر دلبستگی و با توجه به چهار فرمت درمانی شامل: درمان آسیب دلبستگی^۱، بازی درمانی، مهدکودک درمانی^{۱۱} و ترکیب مهدکودک درمانی با بازی درمانی مبتنی بر دلبستگی تراپلی^{۱۲} تدوین شده است و میزان اعتبار آن ۰/۷۶ تا ۰/۷۸ به دست آمده است. به طور خلاصه می توان گفت، درمان آسیب دلبستگی برای تسهیل پیوندهای لذت بخش در رابطه با والد فرزند تدوین شده است. براساس این فرض که کودکان به تجربیات امنیت در دلبستگی نیاز دارند، این درمان برای ایجاد هماهنگی عاطفی، جسمی و غنی سازی ارتباط بین والد و کودک طراحی شده است. یکی دیگر از مدل های مورد توجه،

پرسشنامه افسردگی کودکان^۱ (CDI)؛ این مقیاس یک ابزار خودسنجی افسردگی برای کودکان ۷ تا ۱۷ ساله است که کوکس^۲ (۱۹۸۱) آن را تدوین کرد و شامل ۵ خرده مقیاس خلق منفی^۳، مشکلات بین فردی^۴، ناکارآمدی^۵، فقدان لذت^۶ و عزت نفس منفی^۷ با ۲۷ سؤال سه جمله ای است. سؤالات از صفر تا ۲ نمره گذاری می شوند. نمره صفر بیانگر فقدان نشانه، نمره ۱ نشانه متوسط و نمره ۲ بیانگر وجود نشانه آشکار است، در نتیجه دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ است، که نمرات بالاتر نشان دهنده افسردگی بیشتر است. نمره کل از مجموع نمرات خرده مقیاس ها به دست می آید. سؤالات ۲، ۵، ۷، ۸، ۱۰، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۱ و ۲۵ معکوس نمره گذاری می شوند. نتایج پژوهش داخلی نیز نشان دهنده همسانی درونی خرده مقیاس ها بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۰ بود. با توجه به تعداد کم سؤالات خرده مقیاس ها (۴ تا ۶ سؤال) این میزان از ضرایب همسانی درونی، قابل قبول است (دهشیری، نجفی و حبیبی عسکرآباد، ۱۳۸۸). ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۳ و ضرایب بازآزمایی کل پرسشنامه ۰/۸۲ است. به طور کلی نتایج این تحقیق بیانگر روایی و پایایی قابل قبول CDI در جامعه کودکان ایرانی بود. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۵ و ضریب آلفای خرده مقیاس ها بین ۰/۵۱ تا ۰/۶۳ به دست آمد. یک نمونه از سؤالات آن عبارت است از: «گاهی اوقات غمگین هستم / بیشتر اوقات غمگین هستم / همیشه غمگین هستم».

پرسشنامه دلبستگی به والدین و همسالان فرم تجدیدنظر

شده کودکان^۸ (IPPA-R)؛ برای بررسی کیفیت دلبستگی، مقیاس دلبستگی به والدین و همسالان فرم تجدیدنظر شده کودکان ۲۵ سؤالی گالون و رایبسون^۹ (۲۰۰۵) مورد استفاده قرار گرفته سه نمره مجزای دلبستگی را شامل می شود و نمرات بالاتر بیانگر دلبستگی ایمن تر است. سؤال های هر مقیاس به سه خرده مقیاس اعتماد، ارتباط و بیگانگی مرتبط است. به گزین الف نمره ۲، به گزین ب نمره ۱ و به گزین ج نمره صفر تعلق می گیرد. نمره ۲ بیانگر کیفیت دلبستگی بالا و نمره کل بیانگر کیفیت پایین است. نمره کل این مقیاس حاصل

1. Child Depression Inventory
3. negative mood
5. ineffectiveness
7. negative self-esteem
9. Gullon & Robinson
11. therapeutic preschool

2. Kovacs
4. interpersonal problems
6. anhedonia
8. Inventory of Parent and Peer Attachment- Revised Children
10. attachment-trauma therapy
12. Theraplay

چشمی، آشنایی با مهارت‌های همدلی، آشنایی با مهارت‌های همکاری و مذاکره، آشنایی با مهارت تنظیم اهداف، اجرای بازی‌های گروهی برای ایجاد مهارت‌های ارتباطی در راستای اهداف گفته شده. همچنین باید گفت که این ارزیابی و آموزش را کارشناسان ارشد روان‌شناسی و زیر نظر دانشیار روان‌شناسی انجام دادند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش (افسردگی و دلبستگی) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۱ آورده شده است. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود بین میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد.

نتایج آزمون لویجی مبنی بر پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها نیز در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، پیش‌فرض لویجی در متغیرهای پژوهش بجز زیرمقیاس مشکلات بین‌فردی تأیید می‌گردد. که به دلیل تصادفی بودن دو گروه و حجم نمونه بالا می‌توان از روش تحلیل کوواریانس برای تجزیه و تحلیل فرضیات استفاده کرد (دلاور و نقشبندی، ۱۳۸۸).

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، توزیع همه نمرات متغیرهای پژوهش نرمال است. نتایج تحلیل کوواریانس در مورد اثربخشی روش درمانی استفاده شده در پژوهش بر میزان افسردگی آزمودنی‌ها در جدول ۴ آورده شده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تفاوت بین میانگین تعدیل شده نمرات شش متغیر مرتبط با افسردگی پس از بررسی متغیرهای مداخله‌گر پیش‌آزمون در گروه آزمایش معنادار است. لذا روش درمانی اعمال شده در پژوهش، باعث بهبود میزان افسردگی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است (فرضیه اول پژوهش تأیید شده است). میزان تأثیر این مداخله درمانی بر شش متغیر مرتبط با افسردگی در دامنه بین ۰/۹۳ تا ۰/۵۷ قرار دارد. توان آماری در این شش متغیر ۰/۹۹ است که نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه است. نتایج تحلیل کوواریانس در مورد اثربخشی روش درمانی استفاده شده بر میزان دلبستگی آزمودنی‌ها در جدول ۵ آورده شده است.

مهدکودک درمانی بود که استفاده از بازی را با مداخلات درمانی سازمان‌یافته در محیط کلاس درس ترکیب کرده است. این مداخلات به منظور افزایش آگاهی عاطفی، ایجاد مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات بیرونی شده طراحی شده اند. براساس نظر مور، آرمسدن و گوگرتی^۱ (۱۹۹۸) مهدکودک درمانی در مقابله با این مشکلات در کودکان مورد آزار قرار گرفته، مؤثر واقع شده است.

خلاصه‌ای از جلسات درمان به این شرح است: **جلسه اول**؛ معارفه، تشخیص من از غیر من، تشخیص شباهت‌ها و تفاوت‌های افراد، تشویق اعضای گروه برای جشن گرفتن در مورد آنچه هستند، اجرای روش آینه جادویی، چسبیدن عکس کودک بر آینه جادویی / نقاشی از خود، توصیف افراد، هر شخصی متفاوت است، ویژگی‌هایی که در مورد خودم دوست دارم، قفسه نمایش من. **جلسه دوم**؛ شناسایی توانایی‌های اعضای گروه، شناسایی ویژگی‌های شخصیتی افراد، افزایش خودآگاهی، روش سه چیز در مورد من، صندلی مصاحبه، ویژگی‌های من، روز اهدای جوایز. **جلسه سوم**؛ شناسایی هیجان، آموزش ابزار آن، درک هیجان افراد، آموزش انواع هیجان، پرنگی هیجان، احساس کنید: انجام دهید، علت هیجان و نحوه ابراز آن. **جلسه چهارم**؛ آشنایی با افکار و فعالیت‌های مرتبط با احساسات و هیجانات، آموزش روش‌های کنترل احساس و هیجان، من چه احساسی دارم، افکار، فعالیت‌ها و احساساتی که باعث می‌شود من احساس شادی، غمگینی، خشم و اضطراب کنم. وقتی احساس... می‌کنم چه اتفاقی می‌افتد؟ **جلسه پنجم**؛ راه‌های مختلف حل مشکل، آموزش مهارت‌های حل مسئله، شناسایی راهبردهای مقابله‌ای برای اعضای گروه، چراغ راهنما (قرمز - ایست)، (زرد - برنامه‌ریزی)، (سبز - حرکت)، شناسایی راه حل‌های مختلف: تکنیک «یا»، بررسی نتیجه راه‌حل‌ها، روش‌های تمرینی حل مسئله یا مثال‌های کاربردی واقعی، شناسایی راهبردهای مقابله‌ای اعضای گروه از طریق ایفای نقش در موقعیت‌های استرس‌زا، معرفی راهبردهای مقابله‌ای آرام‌سازی، خودگویی مثبت، توقف فکر، برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های جالب، چارچوب‌دهی مجدد رویداد، ورزش، تمرکز مجدد در مقابل راهبردهای مقابله‌ای ناسالم (سرکوب، نشخوار و تفکر منفی).

جلسه ششم؛ آشنایی با مهارت‌های گوش دادن فعال، آشنایی با مهارت‌های مشاهده فعال، آشنایی با مهارت‌های برقراری تماس

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین
گروه آزمایش	افسردگی	۱۵	۳۷/۷۳	۳/۹۲	۱۵	۱۴/۲۶
	مشکلات بین‌فردی	۱۵	۵/۶۷	۱/۵	۱۵	۱/۸
	ناکارآمدی	۱۵	۴/۸۷	۰/۹۹	۱۵	۱/۶
	فقدان لذت	۱۵	۱۰/۸۷	۱/۸۸	۱۵	۴/۷۳
	خلق منفی	۱۵	۸/۴۷	۱/۵	۱۵	۳/۱۳
	عزت‌نفس منفی	۱۵	۷/۸۷	۱/۰۶	۱۵	۳
گروه گواه	افسردگی	۱۵	۳۹/۲	۲/۵۴	۱۵	۲۷
	مشکلات بین‌فردی	۱۵	۶/۲	۱/۰۱	۱۵	۴
	ناکارآمدی	۱۵	۵/۳۳	۱/۴۵	۱۵	۳/۶
	فقدان لذت	۱۵	۱۱/۴	۱/۸	۱۵	۸/۱۳
	خلق منفی	۱۵	۸/۲۷	۱/۰۳	۱۵	۵/۸
	عزت‌نفس منفی	۱۵	۸	۱/۱۹	۱۵	۵/۴۷
گروه آزمایش	دلبستگی	۱۵	۲۸	۴/۲۴	۱۵	۳۷/۸
	اعتماد	۱۵	۱۱/۲۷	۲/۰۹	۱۵	۱۵/۷۳
	ارتباط	۱۵	۹/۷۳	۲/۷	۱۵	۱۴/۷
	از خودبیگانگی	۱۵	۸/۳۳	۱/۷۶	۱۵	۱۲/۷۳
گروه گواه	دلبستگی	۱۵	۳۱/۴۷	۵/۰۱	۱۵	۳۲/۷۳
	اعتماد	۱۵	۱۰/۹۳	۱/۹۸	۱۵	۱۳/۶۷
	ارتباط	۱۵	۱۱	۲/۵۶	۱۵	۱۱/۳۳
	از خودبیگانگی	۱۵	۸/۸۷	۱/۴۱	۱۵	۱۰/۸۷

جدول ۲- آزمون لوین برای تساوی واریانس‌ها

متغیرها	آزمون f	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
افسردگی	۰/۹۷	۱	۲۸	۰/۳۳
مشکلات بین‌فردی	۸/۳۷	۱	۲۸	۰/۰۰۷
ناکارآمدی	۰/۸۱۶	۱	۲۸	۰/۳۷۴
فقدان لذت	۰/۹۹۲	۱	۲۸	۰/۳۲۸
خلق منفی	۱/۳۴	۱	۲۸	۰/۲۶
عزت‌نفس منفی	۰/۱۴	۱	۲۸	۰/۷۱
دلبستگی	۰/۲۳	۱	۲۸	۰/۶۳
اعتماد	۰/۰۴۴	۱	۲۸	۰/۸۴
ارتباط	۲/۶	۱	۲۸	۰/۱۲
از خودبیگانگی	۰/۲۸	۱	۲۸	۰/۶

جدول ۳- نتایج آزمون نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش (شاپیرو - ویلک)

متغیرها	نوع آزمون	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی	شاپیرو - ویلک	۰/۲۴۵	۱۵	۰/۰۱۶
مشکلات بین فردی	شاپیرو - ویلک	۰/۱۸۱	۱۵	۰/۲۰۰
ناکارآمدی	شاپیرو - ویلک	۰/۱۹۹	۱۵	۰/۱۱۵
فقدان لذت	شاپیرو - ویلک	۰/۲۱۵	۱۵	۰/۰۶۲
خلق منفی	شاپیرو - ویلک	۰/۲۰۴	۱۵	۰/۰۹۲
عزت نفس منفی	شاپیرو - ویلک	۰/۸۷۴	۱۵	۰/۰۳۸
دلبستگی	شاپیرو - ویلک	۰/۹۴	۱۵	۰/۳۷۷
اعتماد	شاپیرو - ویلک	۰/۹۱۸	۱۵	۰/۱۸۱
ارتباط	شاپیرو - ویلک	۰/۹۲۴	۱۵	۰/۲۲۴
از خودبیگانگی	شاپیرو - ویلک	۰/۸۶۴	۱۵	۰/۰۲۸

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه در متغیر افسردگی

متغیرها	آماره	df	میانگین	f	سطح	مجذور	توان
افسردگی	پیش آزمون	۱	۸۱/۸۳	۲۶/۵۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
	گروه	۱	۱۰۲۱/۳۶	۳۳۱/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳	۰/۹۹
مشکلات بین فردی	پیش آزمون	۱	۲۹/۹۳	۵۵/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۹
	گروه	۱	۲۲/۴۱	۴۱/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹
ناکارآمدی	پیش آزمون	۱	۴/۶۸	۶/۸۳	۰/۰۴	۰/۲۱	۰/۷۱
	گروه	۱	۲۴/۶۳	۳۵/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۰/۹۹
فقدان لذت	پیش آزمون	۱	۸/۶۲	۴/۳۱	۰/۰۴	۰/۱۴	۰/۵۲
	گروه	۱	۷۶/۹۹	۳۸/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۰/۹۹
خلق منفی	پیش آزمون	۱	۱۹/۱۲	۲۲/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹
	گروه	۱	۵۸/۲	۶۸/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲	۰/۹۹
عزت نفس منفی	پیش آزمون	۱	۲۱/۹۴	۳۳/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹
	گروه	۱	۴۱/۶۹	۶۳/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۰/۹۹

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه در متغیر دل‌بستگی

متغیرها	آماره	منبع تغییرات	df	میانگین مجزورات	f	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
دل‌بستگی	پیش‌آزمون	۱	۵۳۳/۶۶	۱۷۲/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶	۰/۹۹	
	گروه	۱	۴۴۸/۱۶	۱۴۴/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴	۰/۹۹	
اعتماد	پیش‌آزمون	۱	۵۴/۸۷	۲۸/۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲	۰/۹۹	
	گروه	۱	۲۵/۱۴	۱۳/۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۴	
ارتباط	پیش‌آزمون	۱	۶۸/۳۹	۱۶/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۷	
	گروه	۱	۱۰۶/۶۹	۲۵/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹	
از خودبیگانگی	پیش‌آزمون	۱	۱۸/۳	۷/۹۳	۰/۰۰۹	۰/۲۳	۰/۷۶	
	گروه	۱	۳۳/۲۶	۱۴/۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۶	

جدول ۶- همبستگی بین دل‌بستگی و افسردگی

مقیاس‌ها	دل‌بستگی		اعتماد		ارتباط		از خود بیگانگی	
	معناداری	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری	همبستگی
افسردگی	۰/۰۰۸	-۰/۴۸	۰/۰۰۵	-۰/۵۱	۰/۰۰۱	-۰/۵۷	۰/۰۰۸	-۰/۴۷
خلق منفی	۰/۰۰۶	-۰/۴۹	۰/۰۲	-۰/۴۲	۰/۰۰۵	-۰/۵۱	۰/۰۰۲	-۰/۵۵
مشکلات بین فردی	۰/۰۰۳	-۰/۴۱	۰/۰۴	-۰/۳۶	۰/۰۰۳	-۰/۴	۰/۳۲	-۰/۱۹
ناکارآمدی	۰/۰۰۰	-۰/۶۹	۰/۰۰۵	-۰/۴۹	۰/۰۰۲	-۰/۵۴	۰/۰۴	-۰/۳۸
فقدان لذت	۰/۱۴	۰/۲۸	۰/۰۴	-۰/۳۸	۰/۰۱	-۰/۴۳	۰/۰۳	-۰/۳۸
عزت نفس منفی	۰/۶۷	-۰/۰۸	۰/۰۴	-۰/۳۵	۰/۰۴	-۰/۳۷	۰/۰۵	-۰/۳۴

بحث

با توجه به اینکه بیشتر تحقیقات در سالهای اخیر بررسی، پیشگیری و درمان افسردگی را با استفاده از نمونه بزرگسالان انجام داده‌اند، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی کودک محور را که براساس ابعاد رشدی مدل مراقبتی مبتنی بر دل‌بستگی تدوین شده است، بر کاهش نشانه‌های افسردگی دوران کودکی بررسی می‌کند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش درمانی اعمال شده باعث بهبود میزان افسردگی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. این یافته از پژوهش حاضر، با نتایج تحقیقات آبلو همکاران (۲۰۰۵)، که نشان دادند الگوهای دل‌بستگی نایمن به عنوان عوامل خطری برای

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود روش درمانی استفاده شده بر میزان دل‌بستگی، اعتماد، ارتباط و از خودبیگانگی آزمودنی‌ها اثربخش بوده است. واریانس مشترک و توان آماری دو گروه به ترتیب در متغیر دل‌بستگی ۰/۸۴-۰/۹۹، اعتماد ۰/۳۳-۰/۹۴، ارتباط ۰/۴۹-۰/۹۹ و از خودبیگانگی ۰/۳۵-۰/۹۶ است. در بررسی رابطه بین افسردگی و دل‌بستگی به‌عنوان متغیرهای وابسته، نتایج ماتریس همبستگی همراه با ضرایب معناداری آن نشان می‌دهد که بین متغیرهای پژوهش، همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. بجز در مورد همبستگی بین مشکلات بین فردی با از خودبیگانگی، فقدان لذت و عزت نفس منفی که در مورد هر سه رابطه، همبستگی منفی و در حد پایین و غیرمعنادار است (جدول ۶).

و والدین باید مورد بازبینی مجدد قرار گیرد و این در حالی است که میزان حساسیتی که والدین نسبت به فرزندان خود در دوران خردسالی و نوجوانی دارند، در دوران کودکی میانه کاهش می‌یابد. این پژوهش در راستای بررسی رویکرد کودک‌محور مبتنی بر دلبستگی و تأثیر اثربخشی آن بر کاهش نشانه‌های افسردگی، افزایش کیفیت دلبستگی، استفاده از این رویکرد را در مرحلۀ میانه رشدی کودکی پیشنهاد می‌کند. با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی شهر اصفهان انجام گرفته است، قابل تعمیم به کودکان دیگر فرهنگ‌ها و گروه‌های سنی نیست. به علاوه در تعمیم نتایج به دست آمده از این پژوهش به سایر اختلالات دوران کودکی باید احتیاط کرد. در نهایت این پژوهش مرحلۀ پیگیری نداشته و برای تعمیم آن به فواصل زمانی نیز بای جانب احتیاط را رعایت نمود. براساس این نتایج و محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود پژوهش بر روی سایر گروه‌های سنی و فرهنگی و همچنین نمونه دختران انجام گیرد. پژوهشگران علاقه‌مند می‌توانند تأثیر این رویکرد درمانی را بر سایر نشانه‌های روان‌شناختی دوران کودکی و مقایسه تأثیر این رویکرد با سایر درمان‌های افسردگی کودکان، بررسی نمایند.

منابع

- تورت، ک.، و گویدی، م. (۱۳۸۷). *مقدمه‌ای بر روان‌شناسی رشد*. (از نوزادی تا نوجوانی). ترجمه احمد یارمحمدیان و مژگان یاری، چاپ اول، اصفهان؛ انتشارات پویا اندیشه (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۱).
- دهشیری، غ.، نجفی، م.، و حبیبی عسگرآباد، م. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی کودکان خانواده پژوهی، ۱۵(۱۸)، ۱۷۷-۱۵۹.
- رازقی، ن.، غلبوی بناب، ب.، و مظاهری، م. (۱۳۸۵). *مهدکودک و سبک‌های دلبستگی کودکان: پژوهش خانواده‌های تهرانی*. تازه‌های علوم شناختی، ۸(۱)، ۴۶-۳۸.
- شرودر، ک. اس.، و گوردون، ب. ان. (۱۳۸۵). *سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت، چاپ اول، تهران؛ نشر دانژه (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳).
- دلاور، ع.، و نقشبندی، س. (۱۳۸۸). *تحلیل آماری در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. چاپ چهارم، تهران؛ انتشارات ارسباران.
- ماسن، پ.، کیگان، ج.، هوستون، آ.، و وی کانجر، ج. (۱۳۸۰). *رشد و شخصیت کودک*. ترجمه مهشید یاسایی، چاپ اول، تهران؛ نشر مرکز (سال انتشار به زبان اصلی ندارد).

بسیاری از مشکلات روانی از جمله افسردگی عمل می‌کنند و نیز با نتایج مطالعه موریس و همکاران (۲۰۰۰)، اشمولی - گوئتر و همکاران (۲۰۰۸) همسو است. موریس و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند که کودکان دلبسته ناایمن سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی را نسبت به کودکان دلبسته ایمن تجربه کرده‌اند. یافته دیگر این پژوهش نشان داد که روش درمانی استفاده شده بر میزان دلبستگی، اعتماد، ارتباط و از خودبیگانگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون و بعد از اعمال مداخلات اثربخش است. این یافته از پژوهش با نتایج مطالعات قبلی از جمله نتایج مطالعه مورلی و موران^۱ (۲۰۱۱)، پایینی و راگمن^۲ (۱۹۹۲)، سکستون، گلانویل و کاسلو^۳ (۲۰۰۱)، شیبیر، هاپز، آلپرت، داویس و آندروس^۴ (۱۹۹۷)، همسو است.

رویکرد مبتنی بر دلبستگی کودک محور با تمرکز بر الگوهای فعال درونی، دیدگاه فرد نسبت به خودش را تعدیل می‌کند و باعث افزایش خودآگاهی، خودکارآمدی و عزت نفس افراد می‌شود. همچنین، این رویکرد با تمرکز بر ایمن سازی روابط والد-کودک به افزایش اعتماد و احساس امنیت در کودک منجر می‌شود و به او مجال کاوش محیط و برقراری ارتباط با سایرین را می‌دهد. از طرف دیگر با برقراری روابط ایمن با والدین، مهارت‌های تنظیم هیجان، مهارت‌های حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای سازگار در کودکان را افزایش می‌دهد که خود به سازگاری بیشتر با محیط به‌ویژه با همسالان منجر می‌شود. تا ۱۲ سالگی دوره‌ای است که دنیای اجتماعی کودکان گسترش پیدا می‌کند و با ورود کودکان به مدرسه آنها نسبت به سالهای اولیه زندگی با گروه بزرگتر و متنوع تری از همسالان روبه‌رو می‌شوند. از طرفی تغییرات مهمی در توانایی اجتماعی و شناختی کودکان شکل می‌گیرد که برداشت آنها از انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای مثال تغییر در توانایی استدلال و توانایی بیشتر برای خودانعکاسی و توجه بیشتر به حالت‌ها و ویژگی‌های روانی می‌تواند مظهر دلبستگی کودکان را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین اتکای به نفس کودکان بیشتر می‌شود و مس‌وولیت بیشتری را برای رفتارشان به عهده می‌گیرند. همچنین تغییرات مهمی در رشد شناختی کودکان به وجود می‌آید. علی‌رغم تغییراتی که کودکان در این دوران تجربه می‌کنند، شواهد نشان می‌دهد که دلبستگی به والدین هنوز در زندگی کودکان نقش اساسی دارد. در نتیجه با توجه به تغییرات زیادی که در کودکی اتفاق می‌افتد، دلبستگی فرزند

- Abela, J., Hankin, B.L., Haigh, E., Adams, P.h., Vinokuroff, T., et al. (2005). Interpersonal Vulnerability to Depression in High-Risk children: The Role of Insecure Attachment and Reassurance Seeking. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 182-192.
- Berlin, L.J., Zeanah, C.H., Lieberman, A.F. (2008). Prevention and Intervention programs for Supporting Early Attachment Security. *Handbook of Depression in children and adolescents*. New York: The Guilford Press, 16,79-102.
- Gullon, E., Robinson, K. (2005). The Inventory of parent and attachment revised (IPPA-A) for children: A Psychometric Investigation. *Journal of Clinical psychology and psychotherapy*, 12,67-89.
- Jakobsen, I.S., Horwood, L.J., Fergusson, D.M. (2012). Childhood Anxiety/Withdrawal, Adolescent Parent-Child Attachment and Later Risk of Depression and Anxiety Disorder. *JChildFam Stud*, 21,303-310.
- Kovacs, M. (1981). *Children's depression inventory (CDI)*. New York: Multi-HealthSystems.
- Lee, A., Hankin, B.L. (2009). Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-esteem Predicting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety During Adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(2), 219-231.
- Miloin, R., Walker, S., Chow, J. (2003). Major Depressive Disorder in Adolescence: A Brief Review of the Recent Treatment Literature Canadian. *Journal of Psychiatry*, (48), 600-606.
- Moor, E., Armsden, G., Gogerty, P.L.(1998). A twelve-year follow-up study of maltreated children at risk children who received early therapeutic child care. *Journal of Child Maltreatment*, 3, 3-16.
- Muris, P., Mayer, B., Meesters, C. (2000). Self reported attachment style, anxiety and depression in children. *Journal of Social behavior and personality*, 28(2), 157-162.
- Papini, D., Rogogman, L. (1992). Adolescents perceived attachment to parents in relation to competence, depression and anxiety: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 12 (4), 420-440.
- Sexton, S., Glanvill, D., Kaslow, N. (2001). Attachment and depression: Implications for family therapy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American*, 10(3), 465-485.
- Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., Andrews, J. (1997). Family support and conflict: Prospective relation to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(4), 333-344.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: A Psychometric Study of Reliability and Discriminant Validity. *Journal of Developmental Psychology*, 44(4), 939-956.
- Morley, T.E., Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: attachment to later depression. *Mechanisms linking early Clinical Psychology Review*, 31(7), 1071-1082.
- Zachrisson, H.D. (2009). Attachment in middle and late childhood: Measurement validation and relation to mental health problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 14, 155-167.