

مقایسه اثربخشی رژیم درمانی، مداخله مبتنی بر دلبستگی و درمان همزمان (مداخله مبتنی بر دلبستگی و رژیم درمانی) در پر خوری و چاقی دختران

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۱۷

زهرا دشت بزرگی*، شعله امیری**، علی مظاهری***، هوشنگ طالبی****

چکیده

مقدمه: هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر دلبستگی و رژیم درمانی در درمان پر خوری و چاقی دختران مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال پر خوری (چاقی) شهر اهواز بود.

روش: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش - آموزان دختر مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال پر خوری و دارای شاخص توده بدنی بالاتر از صدک ۹۵ بود. حجم نمونه این پژوهش شامل ۶۸ دختر مقطع ابتدایی بود که برای انتخاب آنها از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اختلال دلبستگی کودکان، پرسشنامه اختلال پر خوری و شاخص توده بدنی بود. پس از تشکیل گروه ها پیش آزمون اجرا شد. سپس مادران گروه دلبستگی درمانی به مدت ۱۰ جلسه در برنامه مداخله مبتنی بر دلبستگی شرکت نمودند و گروه رژیم درمانی یک رژیم غذایی بر اساس سن و میزان اضافه وزن کودک، و گروه همزمان هر دو مداخله را همزمان دریافت نمودند. آزمودنی های گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نمودند.

یافته ها: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که مداخله های انجام شده در هر سه گروه آزمایشی باعث کاهش علائم اختلال پر خوری و شاخص توده بدنی در آزمودنی ها شد. اثر مداخله رژیم درمانی بر علائم پر خوری و شاخص توده بدنی در پس آزمون مؤثرتر از درمان مبتنی بر دلبستگی بود؛ ولی در پیگیری دلبستگی درمانی در کاهش علائم پر خوری و شاخص توده بدنی مؤثرتر بود.

نتیجه گیری: بنابراین درمان مبتنی بر دلبستگی می تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی در کنار دیدگاه های تغذیه ای، جهت کاهش چاقی و اختلال پر خوری در کودکان دارای اضافه وزن و چاق به کار گرفته شود.
واژه های کلیدی: مداخله مبتنی بر دلبستگی، رژیم درمانی، اختلال پر خوری، چاقی.

Zahradb2000@yahoo.com

shole_amiri@yahoo.com

MA_Mazaheri@yahoo.com

h_talebi1335@yahoo.com

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

** استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

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

**** استادیار، گروه آمار دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

چاقی و اضافه وزن در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به طور چشمگیری افزایش یافته و باعث مشکلات سلامتی بسیاری شده است. چاقی به افزایش وزنی که ۲۰ درصد بیش از وزن ایده آل است، گفته می‌شود. افزایش وزن و چاقی در جهان تا چندین سال قبل محدود به بزرگسالان بود؛ ولی در طی دو دهه اخیر گریبان گیر کودکان و نوجوانان نیز شده است. به طوری که در دو دهه گذشته میزان چاقی در میان کودکان بیشتر از دو برابر و شمار نوجوانان دارای اضافه وزن، برابر شده است [۱]. چاقی در سنین مدرسه با مشکلات سلامتی زیادی همبستگی دارد و روی جنبه های مختلف زندگی، مانند عملکرد تحصیلی و توانایی سازگاری کودکان اثر می‌گذارد [۲]. از آنجا که چاقی پدیده ای پیچیده و چندعلیتی است و در علل و پیامدهای آن عوامل زیستی، روان شناختی و اجتماعی نیز دخالت دارند، کنترل و درمان آن از حیثه یک رشته واحد خارج است. شناسایی درمان های روان شناختی حمایت شده به لحاظ تجربی می‌تواند به تثبیت بیشتر نقش مداخله های روان شناختی، به عنوان قسمتی از رویکردهای میان رشته ای برای کنترل و درمان چاقی کمک کند.

متخصصین تغذیه معتقدند که بهترین شیوه درمان در اضافه وزن و چاقی شیوه ای است که در آن بر اصلاح رژیم غذایی تأکید داشته باشد [۳]. هدف از رژیم درمانی، کاهش میزان انرژی مصرفی به منظور کاهش وزن است. در رژیم درمانی کاهش وزن و حفظ وزن دشوار است؛ زیرا با کاهش وزن، میزان متابولیسم پایه کاهش می‌یابد و اگر چه رژیم های غذایی بسیار کم کالری در کوتاه مدت موجب کاهش وزن می‌شوند، اما اغلب با قطع رژیم غذایی وزن کاهش یافته به همان مقدار یا بیشتر به سرعت باز می‌گردد [۴]. پژوهش ها نشان می‌دهند مقاومت در مقابل رژیم و غذا به طور مثبتی با پرخوری رابطه دارد؛ زیرا، هنگامی که افراد متوجه می‌شوند که دریافت غذا مورد رژیم واقع شده، آنها شدیداً مستعد پرخوری می‌گردند [۵]. علت اینکه این افراد به پرخوری مبتلا می‌شوند، این است که تلاش فرد برای نخوردن یا کم خوردن، او را به رفتارهای پرخوری مبتلا می‌کند که از مقابله با تلاش گذشته برای مقاومت در مقابل غذا برمی‌خیزد. از طرف دیگر پرخوری، نوعی پاسخ مقابله

ای ناسازگارانه برای تسکین موقتی عواطف منفی است. به نظر می‌رسد که احساسات عاطفی منفی زیربنای اختلال پرخوری باشد. بسیاری از افراد که رفتارهای پرخوری دارند، احساس می‌کنند که پرخوری به مراتب آسان تر از مقابله با افکار، تصاویر و عواطف ناخوشایند است. خلق منفی، یک پیشاینده و تقویت کننده پرخوری در اختلال پرخوری و پراشتهایی روانی است [۶]. همچنین با توجه به سرعت رشد در کودکان استفاده از رژیم های غذایی سخت برای کودکان توصیه نمی‌شود زیرا ممکن است آسیب‌هایی در رشد و قد آنها داشته باشد. به طور کلی درمان چاقی با استفاده از رژیم های غذایی چه در کودکان چه در بزرگسالان در طولانی مدت، خسته کننده، پرهزینه و در بسیاری موارد ناموفق است. به نظر می‌رسد راهبرد های جایگزینی که مبتنی بر کنترل های هیجانی و عاطفی هستند، در بلند مدت بازده بهتری برکنترل وزن کودکان داشته باشند و پیامد های روانی ناشی از چاقی و پرخوری را بهتر کنترل نمایند [۷].

علم روان شناسی در ده های اخیر شاهد ظهور الگوها و شیوه های درمانی رو به رشدی بوده است که در درمان فردی و خانواده تحول ایجاد کرده و آن را به مسیرهای جدیدی سوق داده است. تعدادی از این شیوه های درمانی، بازتاب پدیده ای به نام دلبستگی هستند. نتیجه عمده کنش متقابل بین مادر و کودک، به وجود آمدن نوعی دلبستگی عاطفی بین فرزند و مادر است [۸]. این دلبستگی و ارتباط عاطفی با مادر، به خصوص هنگامی که احساس ترس و عدم اطمینان می‌کند، سبب می‌شود کودک به دنبال آسایش حاصل از وجود مادر باشد [۹]. احساس عدم اعتماد و کمبود احساس امنیت در کودکان دارای مشکلات دلبستگی، بیشتر از هر چیز باعث ایجاد مشکلات روان شناختی در این کودکان می‌شود. امروزه براساس شواهد پژوهشی مشخص شده که رفتارهای دلبستگی آشفته و کنترل کننده، نشانه ی کارکرد ناسازگارانه سیستم ارتباطی دلبستگی هستند [۱۰]. عدم دلبستگی ایمن کودک منجر به بروز هیجان های منفی در کودکان می‌شود. ناتوانی در کنترل هیجان های منفی، منجر به استفاده از راهبردهای نامطلوب هیجانی، همچون پرخوری می‌شود [۱۱]. بنابراین عدم دلبستگی ایمن هم می‌تواند در بی نظمی هیجان ها،

مؤثر بوده و هم به عنوان عاملی در ابتلا به اختلالات خوردن، نقش اثرگذاری ایفا کند [۱۲]. یک الگوی دلبستگی ایمن می تواند به بهترین شکل مدیریت هیجانی سالم و پاسخ های سالم به فشار های روانی را در کودک به وجود آورد [۱۳]. برای این اساس، درمان مبتنی بر دلبستگی به تعدیل هیجانی و در نتیجه به تنظیم راهبردهای نامطلوب هیجانی (پرخوری) کمک می کند. مداخله های مبتنی بر دلبستگی، شامل برنامه هایی هستند که برای افزایش حساسیت مادر [۱۴]، تأمین حمایت اجتماعی [۱۵] و ایجاد تغییر در مدل های کاری درونی که والدین در رابطه با دلبستگی دارند، طراحی شده اند. از طرفی درمان های رفتاری که در آن، آموزش به مادر برای مدیریت رفتارهای کودک، بر اساس کنترل نشانه ها و جلوگیری از پاسخ است، نه تنها باعث تغییر سبک دلبستگی مادر نمی گردد، بلکه کشمکش های درونی مادر در زمینه برآوردن نیاز های دلبستگی در رابطه با کودک از یک سو و تلاش همیشگی مادر برای تغییر رفتار از سوی دیگر، احساس نگرانی، اضطراب و خشم مادر را افزایش می دهد [۱۱]؛ این در حالی است که مداخله مبتنی بر دلبستگی، فرصت هایی را فراهم می کند تا دلبستگی ایمن را در کودکان شکل دهد. از طرف دیگر، از آنجا که درمان دلبستگی زیربنای شناختی دارد، برخی نتایج نشان می دهند که برنامه های شناخت درمانی کاهش وزن در بلندمدت، به طور مؤثری پرخوری را در بیماران چاق کاهش می دهد [۱۶، ۱۷، ۱۸]. بنابراین این گونه مداخله ها می توانند تأثیر بلند مدت و فواید چند منظوره ای برای والدین و کودکان دارا باشند [۱۴]. پژوهش ها نشان می دهند که الگوهای دلبستگی نایمن، از عوامل خطر برای بسیاری از مشکلات روانی مطرح می شوند [۱۱]. در درمان های روان شناختی کودکان نیز، از آنجایی که ممکن است منبع اصلی آشفتگی در دوران کودکی، به روابط اولیه او با مادرش مرتبط باشد و از آنجا که پژوهش ها اختلال پرخوری را با مشکلات دلبستگی مرتبط می دانند [۱۹]، لذا یکی از مداخله های مؤثر در چاقی در کودکان را می توان بر مبنای بهبود و اصلاح روابط دلبستگی در خانواده جستجو نمود [۲۰]. درمان های مبتنی بر دلبستگی تاکنون در حیطه های مختلف مشکلات کودکان، از جمله افزایش سلامت روان در دختران دبستانی [۲۱]، کاهش علائم افسردگی دختران

دبستانی [۲۲]، کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی [۲۳]، کاهش علائم نافرمانی مقابله ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی [۲۴]، درمان اختلالات فزون اضطرابی [۲۵ و ۲۶] به کار برده شده است. کارایی این نوع مداخله در مشکلات روان شناختی، به وسیله این پژوهش ها تأیید شده است. اما تاکنون اثر درمان مبتنی بر دلبستگی بر مشکلات پرخوری و چاقی کودکان بررسی نشده است. بر این اساس، این پژوهش دنبال بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر دلبستگی، بر اختلال پرخوری و شاخص توده بدنی در دختران است و اینکه تأثیر این درمان در مقایسه با رژیم درمانی و درمان همزمان بر اختلال پرخوری و شاخص توده بدنی چگونه است؟

روش

طرح پژوهش: روش این پژوهش نیمه آزمایشی و با طرح پژوهشی پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود.

آزمودنی ها: جامعه آماری این پژوهش شامل دانش-آموزان دختر مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال پرخوری و دارای شاخص توده بدنی بالاتر از صدک ۹۵ بود که در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ در شهر اهواز به تحصیل اشتغال داشتند. حجم نمونه این پژوهش شامل ۶۸ دختر مقطع ابتدایی بود که برای انتخاب آنها از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد؛ به این صورت که از بین چهار منطقه آموزشی اهواز، یک ناحیه آموزشی، و از آن ناحیه آموزشی، ۴ 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، به عنوان 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، ۶۸ 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

"هرگز"، "خیلی کم"، "کم"، "زیاد" بودند. نمره بالا نشان دهنده سطح بالای پرخوری است. جهت بررسی بهتر میزان پرخوری، پرسشنامه به صورت چند گزینه ای روی کودکان انجام شد تا میزان تغییرات صورت گرفته پس از مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری بهتر مشخص گردد.

در پژوهشی همبستگی مقیاس های این پرسشنامه را با مصاحبه تشخیص بالینی استاندارد شده بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) در ۵۵ کودک ۵ تا ۱۳ سال بررسی نمودند [۳۱]. 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. 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.

۳- شاخص توده بدنی: در این پژوهش منحنی شاخص توده بدنی استاندارد شده مرجع ایرانی [۳۳] برای کودکان و نوجوانان مورد استفاده قرار گرفت.

روند اجرای پژوهش: 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 های آزمایش و گروه کنترل گمارش شدند. در ابتدا از گروه ها پیش آزمون گرفته شد، سپس مداخله های درمانی صرفاً برای گروه های آزمایش انجام شد و بر روی گروه کنترل مداخله ای انجام نشد.

در گروه دلبستگی درمانی، طرح درمان مبتنی بر دلبستگی به کار گرفته شد که برداشتی تلفیقی و ترکیبی از چارچوب درمانی کارهای پژوهشی داخل و خارج از کشور بر مبنای الگوی دلبستگی درمانی [۳۵ و ۲۵] بود. که ساختار جلسات در جدول [۱] آمده است. دامنه ی اعتبار ارزیابی کنندگان برای این بسته آموزشی با استفاده از ضریب همبستگی

یک گروه آزمایش (سه گروه رژیم درمانی، دلبستگی درمانی و درمان همزمان) و یک گروه کنترل در نظر گرفته شدند. از آنجا که منبع دلبستگی کودک، مادر است، بنابراین مداخله بر روی مادران انجام شد.

ابزار

۱- پرسشنامه اختلال دلبستگی: این پرسشنامه توسط راندولف [۲۷]، برای معرفی اختلال های دلبستگی برای محدوده سنی ۶ تا ۱۶ سال ساخته شد و یک فهرست بازبینی ۲۵ سؤالی از فراوانی گزارش های والدین کودکان، مبتنی بر مشکلات متعددی است که مراقب کودک در طول دو سال قبل مشاهده کرده است. این فهرست در ایران ترجمه شده و هنجار و ویژگی های روان سنجی آن استخراج شده است. این پرسشنامه در مقیاس لیکرت تدوین شده است که هر سوال از صفر تا ۴ نمره داده می شود. مجموع نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ تراز شده است. نمرات بالاتر از ۳۰ نشان دهنده وجود مشکلات دلبستگی در کودکان است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۳ محاسبه شد [۲۸]. در این پژوهش، این آزمون جهت سنجش میزان دلبستگی در کودکان مورد استفاده قرار گرفت و برای سنجش همسانی درونی مقدار آلفای کرونباخ (۰/۷۸) محاسبه شد.

۲- مقیاس اختلال پرخوری کودکان^۲ (C-BEDS): مقیاس C-BEDS برای سنجش ساده، قابل فهم و نسبتاً سریع تشخیص اختلال پرخوری در کودکان طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۷ ماده بر اساس ۷ معیار رفتاری ساخته شده است [۳۰]. این پرسشنامه توسط کودکان و به کمک مادران آنها پاسخ داده می شود. اگر کودکان در فهم سؤالات 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 سؤال ۷ پاسخ منفی بدهد، در کودک اختلال پرخوری تشخیص داده می شود. در این پژوهش جهت سنجش میزان تأثیر مداخله، هر ماده در مقیاس لیکرت نمره گذاری شد و پاسخ ها به صورت

1 Randolf

2 Children's Binge Eating Disorder Scale

برای هر مادر، بر اساس سن و میزان اضافه وزن کودک یک رژیم غذایی مناسب تدوین نمود و در اختیار مادر قرار داد تا به مدت سه ماه روی کودک اجرا گردد. در این فاصله سه ماهه، مادر و کودک جهت تنظیم و تعدیل برنامه غذایی، دو بار به رژیم درمانگر مراجعه نمودند. در روش مداخله‌ی همزمان، برنامه مداخله مبتنی بر دلبستگی و رژیم درمانی به صورت همزمان در این گروه اجرا شد. نهایتاً پس از اتمام مداخله‌ها، پس از ۴۵ روز، آزمون پیگیری به صورت گروهی در تمامی گروه‌ها اجرا شد. همچنین داده‌های به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفتند.

پیرسون (۰/۷۸ تا ۰/۸۱) و بر اساس محاسبه‌ی ضریب کاپا (۰/۹۴ تا ۰/۷۸) خوب ارزیابی شد [۲۵]. روایی محتوا نیز به تأیید دو تن از اساتید دانشگاه رسید. این روش مداخله به وسیله روان‌شناس بر روی مادران به صورت گروهی در ۱۰ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) به مدت دو ماه و نیم اجرا گردید؛ به این صورت که مادران در روزهای مشخص شده در مدرسه حضور می‌یافتند و مداخله‌ها به آنها ارائه می‌گردید و مادران این آموزش‌ها را در خانه بر کودکان خود اجرا می‌نمودند. در گروه رژیم درمانی نیز، مداخله رژیم درمانی به وسیله یک متخصص رژیم درمانی، به صورت گروهی و انفرادی اجرا شد؛ به این صورت که رژیم درمانگر در ابتدا به مادران آموزش‌های لازم در مورد اهمیت تغذیه مناسب، برنامه‌ها و رژیم‌های غذایی مناسب برای کودکان، به صورت گروهی سخنرانی نمود؛ سپس

جدول (۱) ساختار جلسات مداخله مبتنی بر دلبستگی

شماره	محتوا جلسه
جلسه اول	توضیح دلبستگی، مشکلات دلبستگی، علائم اختلالات پرخوری کودکان، علائم مشکلات هیجانی کودکان و چگونگی ارتباط پرخوری با دلبستگی در کودکان و نقش واسطه‌ای هیجان‌ها.
جلسه دوم	منطق درمان و تعیین اهداف آن، تشریح نیازهای روانی و فیزیولوژیکی کودک و لزوم شناخت هیجان‌های کودک و نحوه پاسخدهی به نیازها و هیجان‌های کودک، مداخله تکنیک دردسترس بودن مادر و نمایشنامه سازی درباره‌ی چگونگی پاسخدهی به نیازهای کودک و تمرین آن با مادران.
جلسه سوم	تکنیک ارتباط کلامی با کودک، تکنیک قصه‌گویی، نمایشنامه سازی 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 علائم 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، نمایشنامه سازی درباره‌ی چگونگی ابراز محبت واقعی به کودک و شناسایی علائم 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، نمایشنامه سازی درباره‌ی همراهی فعال با کودک در بازی و ایجاد شادی در کودک.
جلسه ششم	نمایشنامه سازی درباره‌ی چگونگی همکاری و تعامل مادر-کودک در امور مربوط به کودک به منظور افزایش تعامل مثبت مادر-کودک و پرهیز از اجبار و شناسایی علائم خشم و پرخاشگری در کودک و مدیریت آن توسط مادر.
جلسه هفتم:	بررسی مسائل 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 و شناسایی علائم 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.
جلسه نهم	مداخله تکنیک والدین تماشایی در مورد رفتارهای پرخوری، مداخله تکنیک تقویت افتراقی رفتارهای مثبت و نادیده گرفتن رفتارهای منفی.
جلسه دهم:	گفتگو درمورد 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 درمورد میزان دستیابی به اهداف اولیه‌ی طرح درمانی و در نهایت جمع بندی و نتیجه‌گیری

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف پژوهش به صورت میانگین و انحراف استاندارد، در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پرخوری و شاخص توده بدنی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه	میانگین پرخوری	انحراف استاندارد پرخوری	تعداد	میانگین شاخص توده بدنی	انحراف استاندارد شاخص توده بدنی
پیش‌آزمون	دلبستگی درمانی	۹/۹۳	۱/۲۸	۱۶	۱۹/۹۱	۱/۷۲
	رژیم درمانی	۹/۹۴	۱/۰۸	۱۷	۱۹/۸۹	۱/۵۹
	درمان همزمان	۹/۸۹	۱/۱۰	۱۹	۱۹/۹۲	۱/۴۶
	کنترل	۹/۹۳	۰/۵۷	۱۶	۱۹/۹۱	۱/۶۸
پس‌آزمون	دلبستگی درمانی	۹/۰۶	۱/۲۸	۱۶	۱۸/۴۴	۱/۸۸
	رژیم درمانی	۸/۷۶	۰/۹۵	۱۷	۱۷/۸۱	۱/۷۴
	درمان همزمان	۸/۲۶	۱/۰۳	۱۹	۱۷/۴۶	۱/۵۶
	کنترل	۹/۹۳	۰/۶۸	۱۶	۱۹/۹۱	۱/۷۳
پیگیری	دلبستگی درمانی	۸/۵۶	۱/۱۵	۱۶	۱۷/۹۲	۱/۶۱
	رژیم درمانی	۹/۸۲	۰/۷۸	۱۷	۱۹/۴۵	۱/۷۱
	درمان همزمان	۸/۰۵	۰/۹۱	۱۹	۱۷/۴۶	۱/۷۳
	کنترل	۹/۸۷	۰/۷۱	۱۶	۱۹/۹۵	۱/۷۶

استفاده شد. نتایج نشان دهنده رعایت و برقراری این پیش‌فرض‌ها برای انجام تحلیل کوواریانس بود. مفروضه همگنی شیب رگرسیون‌ها نشان داد که بین گروه‌ها و پیش‌آزمون در شاخص پرخوری ($F=2/29$ و $p>0/05$) و شاخص توده بدنی ($F=6/61$ و $p>0/05$) تعامل وجود ندارد. پس از بررسی و تأیید مفروضه یکسانی واریانس‌ها و مفروضه‌ی یکسانی شیب رگرسیونی، مستقل بودن گروه‌ها مورد توجه است که چون آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شده‌اند، این مفروضه هم مورد تأیید بود.

در جدول ۲، میانگین نمره پرخوری و شاخص توده بدنی گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آمده است. جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش و تعیین معنی‌داری تفاوت بین میانگین‌های 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 مفروضه این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگورف-اسمیرنف و برای بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون برای شاخص پرخوری ($F=1/71$) و $p>0/05$ و شاخص توده بدنی ($F=1/25$) و $p>0/05$

جدول ۳) تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی نمرات پرخوری و شاخص توده بدنی در پس‌آزمون گروه‌ها

اثر	آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معنی داری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۸	۱۳/۲۷	۶	۱۲۴	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۲	۲۲/۵۶	۶	۱۲۲	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۳/۴۲	۳۴/۱۹	۶	۱۲۰	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۳/۴۱	۷۰/۴۸	۳	۶۲	۰/۰۰۱

بین گروه‌ها 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 کوواریانس تک متغیره برای هر یک گروه‌ها و متغیرهای وابسته اجرا شد (جدول ۳).

جدول ۴) تحلیل کوواریانس یک متغیره روی نمرات پر خوری و شاخص توده بدنی در گروه‌ها

تحلیل واریانس چند متغیره بر روی میانگین نمره‌های پیش آزمون، پس آزمون در متغیرهای پر خوری و شاخص توده بدنی در گروه‌های مداخله و گروه کنترل انجام گردید. نتایج آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ، بزرگترین ریشه روی نشان دهنده این موضوع است که در

منبع	متغیر مستقل	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
گروه	پس آزمون پر خوری	۱۳/۸۶	۳	۴/۶۲	۲۳/۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۱	۰/۸۵
	پس آزمون شاخص توده بدنی	۵۲/۷۴	۳	۱۷/۵۸	۴۴/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳	۰/۸۱
خطا	پس آزمون پر خوری	۱۲/۰۸	۶۲	۰/۱۹۴				
	پس آزمون شاخص توده بدنی	۲۴/۶۷	۶۲	۰/۳۹۸				

بدنی، مربوط به مداخله آزمایشی است؛ بنابراین میانگین حداقل یکی از گروه‌ها با گروه‌های دیگر در این متغیرها متفاوت است. در ادامه جهت مشخص نمودن اینکه کدام گروه‌ها با هم تفاوت دارند از آزمون L.S.D استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ آورده شده است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در پس آزمون، هم در متغیر پر خوری و هم در شاخص توده بدنی معنی دار است. میزان این تفاوت در متغیر پر خوری ۰/۹۱ و در متغیر شاخص توده بدنی ۰/۸۳ است، یعنی ۹۱ درصد تفاوت گروه‌ها در متغیر پر خوری و ۸۳ درصد تفاوت گروه‌ها در متغیر شاخص توده

جدول ۵) آزمون تعقیبی L.S.D بین گروه‌های مداخله و کنترل روی میانگین نمره پر خوری و شاخص توده بدنی

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	انحراف استاندارد	سطح معناداری
پر خوری	دل بستگی درمانی	رژیم درمانی	۰/۲۹۳	۰/۳۵۲	۰/۵۰
		همزمان	۰/۲۷۳	۰/۳۴۳	۰/۴۲۹
		کنترل	-۰/۸۷۵	۰/۳۵۷	۰/۰۰۱
	رژیم درمانی	همزمان	۰/۰۳۴	۰/۳۳۷	۰/۱۲۰
		کنترل	-۱/۱۱	۰/۳۵۲	۰/۰۰۱
		همزمان	-۱/۱۴	۰/۳۴۳	۰/۰۰۱
شاخص توده بدنی	دل بستگی درمانی	رژیم درمانی	۰/۶۹۵	۰/۶۰۱	۰/۰۷۲
		همزمان	۰/۷۰۳	۰/۵۸۵	۰/۴۹۰
		کنترل	-۱/۷۴	۰/۶۱۰	۰/۰۰۱
	رژیم درمانی	همزمان	۰/۰۰۸	۰/۵۷۶	۰/۲۳۳
		کنترل	-۲/۱۶	۰/۶۰۱	۰/۰۰۱
		همزمان	-۲/۱۷	۰/۵۸۵	۰/۰۰۱

این متغیر، بین گروه درمان همزمان با گروه کنترل تفاوت معنی داری ($p < 0/01$) دیده می‌شود.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر دلبستگی، رژیم درمانی و درمان همزمان در در پرخوری و شاخص توده بدنی دختران مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال پرخوری (چاقی) شهر اهواز بود. یافته‌ها نشان داد در متغیر پرخوری و شاخص توده بدنی، گروه دلبستگی درمانی، گروه درمان همزمان و گروه رژیم درمانی هر سه در پس آزمون نسبت به پیش آزمون، علائم اختلال پرخوری و شاخص توده بدنی کمتری را نشان دادند؛ بنابراین مداخله‌های انجام شده در هر سه گروه درمانی باعث کاهش علائم اختلال پرخوری و شاخص توده بدنی در آزمودنی‌ها شد؛ در حالی که در گروه کنترل در پس آزمون تغییری مشاهده نشد. بررسی دقیق‌تر نتایج نشان می‌دهد که در پس آزمون گروه درمان همزمان و رژیم درمانی به صورت مشابه، عملکرد بهتری در کاهش علائم پرخوری و شاخص توده بدنی نسبت به گروه دلبستگی درمانی داشتند؛ اما نتایج پیگیری نشان داد که در درازمدت با قطع مداخله در گروه‌های دلبستگی درمانی و گروه درمان همزمان، روند کاهش علائم پرخوری و شاخص توده بدنی در آزمودنی‌های این گروه‌ها ادامه پیدا کرد؛ در صورتی که با قطع مداخله در گروه رژیم درمانی علائم پرخوری و شاخص توده بدنی دوباره افزایش یافت. بر این اساس، می‌توان بیان کرد که اثر مداخله رژیم درمانی در کوتاه مدت مؤثرتر از درمان مبتنی بر دلبستگی است و رژیم درمانی در درازمدت در اختلال پرخوری و شاخص توده بدنی تأثیر ندارد. در درازمدت درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان همزمان عملکرد بهتری در کاهش علائم پرخوری و شاخص توده بدنی نسبت به گروه رژیم درمانی داشتند و درمان مبتنی بر دلبستگی موجب پایداری تأثیر درمان می‌شود.

در مورد همخوانی این یافته‌ها با پژوهش‌های دیگر، باید بیان کرد که بر اساس جستجوهای انجام گرفته در منابع موجود، تاکنون در ایران مقایسه منسجمی در مورد مداخله مبتنی بر دلبستگی جهت درمان اختلال پرخوری و پیامدهای آن طراحی نشده است. نتایج پژوهش حاضر با

بر در متغیر پرخوری، گروه دلبستگی درمانی با گروه کنترل تفاوت معنی دار ($p < 0/001$) دارد و با گروه درمان همزمان ($p < 0/42$) گروه رژیم درمانی ($p < 0/5$) تفاوت معنی دار ندارد. گروه رژیم درمانی نیز با گروه درمان همزمان تفاوت معنی دار ($p < 0/12$) ندارد و با گروه کنترل تفاوت معنی داری ($p < 0/001$) دارد. همچنین در این متغیر بین گروه درمان همزمان با گروه کنترل تفاوت معنی داری دیده می‌شود ($p < 0/001$). در متغیر شاخص توده بدنی، گروه دلبستگی درمانی با گروه رژیم درمانی ($p < 0/07$) و گروه درمان همزمان ($p < 0/49$) تفاوت معنی دار ندارد؛ اما با گروه کنترل تفاوت معنی داری ($p < 0/001$) دارد. گروه رژیم درمانی نیز با گروه درمان همزمان تفاوت معنی دار ($p < 0/23$) ندارد و با گروه کنترل تفاوت معنی داری ($p < 0/001$) دارد همچنین در این متغیر بین گروه درمان همزمان با گروه کنترل تفاوت معنی داری ($p < 0/001$) دیده می‌شود.

تحلیل واریانس چند متغیره بر روی میانگین نمره‌های پیگیری در متغیرهای پرخوری و شاخص توده بدنی در گروه‌های مداخله و گروه کنترل انجام شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که تفاوت بین نمرات گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در پیگیری، هم در متغیر پرخوری ($F = 8/27$ و $p < 0/05$) و هم در شاخص توده بدنی ($F = 8/27$ و $p < 0/05$) معنی دار است. نتایج آزمون پیگیری نشان داد که در متغیر پرخوری در مرحله پیگیری، گروه دلبستگی درمانی با گروه رژیم درمانی ($p < 0/001$) و با گروه کنترل ($p < 0/00$) تفاوت معنی دار دارد و با گروه درمان همزمان و تفاوت معنی دار ($p < 0/110$) ندارد. گروه رژیم درمانی نیز با گروه درمان همزمان ($p < 0/001$) و با گروه کنترل ($p < 0/00$) تفاوت معنی داری دارد. همچنین در این متغیر، بین گروه درمان همزمان با گروه کنترل تفاوت معنی داری ($p < 0/001$) دیده می‌شود.

در متغیر شاخص توده بدنی، گروه دلبستگی درمانی با گروه درمان همزمان تفاوت معنی دار ($p < 0/422$) ندارد، اما با گروه کنترل ($p < 0/001$) و گروه رژیم درمانی ($p < 0/012$) تفاوت معنی داری دارد. گروه رژیم درمانی نیز با گروه درمان همزمان تفاوت معنی دار ($p < 0/001$) دارد و با گروه کنترل تفاوت معنی داری ($p < 0/388$) ندارد؛ همچنین در

کارآمد و سالم آموزش داده می‌شود و اثر آن در دراز مدت و با گذشت زمان استقرار بهتری می‌یابد؛ زیرا اعتماد سلب شده کودک دل‌بسته ناایمن نسبت به والدین به سرعت قابل ترمیم نیست و گذر زمان و پایبندی 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 شرکت کنندگان بود. پس می‌توان عنصر زمان و پایبندی به مبانی درمانی را جزء مهمترین عناصر تعیین کننده در مداخله دل‌بستگی به شمار آورد.

تأمل بیشتر در نتایج حاضر نشان می‌دهد که روش درمانی همزمان در هر دو متغیرهای وابسته عملکرد موثرتری نسبت به مداخله‌های دیگر دارد؛ از این نتیجه می‌توان دریافت که مانند سایر شیوه‌های درمانی همه جانبه و همزمان که همه ابعاد مشکل را در نظر می‌گیرند، در درمان اختلالات پرخوری نیز درمان به صورت همزمان موثرتر است. درمان همزمان از یک طرف با استفاده از رژیم درمانی موجب تسریع کاهش علائم پرخوری و کاهش وزن در کودکان می‌شود و از طرف دیگر با استفاده از درمان مبتنی بر دل‌بستگی، نه تنها تا حدودی باعث کاهش پرخوری و چاقی در کودکان می‌گردد، بلکه باعث کاهش امکان بازگشت علائم پرخوری و باعث تثبیت وزن می‌شود؛ بنابراین استفاده از روش‌های درمانی که همزمان دیدگاه پزشکی و دیدگاه رفتاری را در نظر گرفته شده باشد می‌تواند به طور موثرتری پرخوری و چاقی را کنترل کند.

همچنین با توجه به روند روزافزون چاقی در کودکان و نوجوانان و این که بیشتر این کودکان در سنین بزرگسالی هم مبتلا به چاقی و مشکلات ناشی از آن می‌شوند، باید به دنبال راه‌های درمانی مناسب برای کنترل چاقی از سنین پایین بود که بدون داشتن عوارض جانبی، بتواند به درمان این بیماری کمک نماید. مداخله مبتنی بر دل‌بستگی یکی از راه‌های درمانی مناسب برای کنترل چاقی از سنین پایین است که بدون داشتن عوارض جانبی، می‌تواند به درمان این مشکل کمک نماید و می‌تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی در کنار دیدگاه‌های تغذیه‌ای، جهت

پژوهش‌های انجام شده مشابه با این پژوهش از جمله جهان بخش و همکاران [۲۶،۲۵،۲۳،۲۲،۲۱،۱۷] و ذوالفقاری و همکاران [۱۵،۱۴] همخوانی دارد.

این موضوع که مداخله رژیم درمانی در کوتاه مدت نسبت به دل‌بستگی درمانی، در کاهش وزن مؤثرتر عمل نموده است را می‌توان این گونه تبیین نمود که یکی از مداخله‌های مؤثر بر درمان چاقی، رژیم درمانی است، اما ملاحظه‌های به کار رفته در این دیدگاه در بلند مدت مؤثر شناخته نشده‌اند، و دیگر اینکه محدود نمودن رژیم غذایی کودکان امکان به وجود آوردن مشکلات رشدی برای این کودکان را فراهم می‌آورد. بنابراین اگر چه رژیم‌های غذایی بسیار کم کالری در کوتاه مدت موجب کاهش وزن می‌شوند، اما اغلب با قطع رژیم غذایی، وزن کاهش یافته به همان مقدار یا بیشتر به سرعت باز می‌گردد. در بیشتر بیماران چاقی، حدود نیمی از وزن کاسته شده در ضمن نخستین سال پس از درمان و بقیه آن با گذشت سه تا پنج سال پس از درمان، بازگشته یا حتی فراتر رفته‌اند [۳۸]؛ به طور کلی از آنجا که صرفاً هدف کاهش وزن نیست و حفظ و تثبیت وزن نیز اهمیت دارد، بیشتر بررسی‌ها به ضعیف بودن دستاوردهای رژیم درمانی در درازمدت اشاره نموده‌اند؛ همچنین از آنجا که تغییرات جزئی در وزن و بدن بهتر از تغییرات چشمگیر، در درازمدت حفظ می‌شوند و می‌توانند تاثیرات پایداری بر روند وزن کودکان داشته باشد، بنابراین استفاده از دل‌بستگی درمانی در درمان اختلالات پرخوری و کاهش وزن می‌تواند مؤثرتر از رژیم درمانی باشد.

مداخله مبتنی بر دل‌بستگی، از طریق کنترل راهبردهایی، مانند شناسایی هیجان‌های پرخوری (که شامل راهبردهای مقابله هیجان محور از قبیل ارائه پاسخ‌های هیجانی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، سرزنش، خود اشتغالی و خیال پردازی که برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شوند)، موجب کاهش پرخوری می‌گردد. پرخوری یک مهارت مدیریت هیجانی ناسازگارانه است و کودکان از پرخوری به عنوان روشی برای کاهش استرس‌ها و مشکلات خود استفاده می‌کنند؛ بنابراین فراهم کردن مهارت‌های مدیریت هیجانی می‌تواند در کنار رژیم درمانی در کاهش چاقی و پرخوری مؤثر واقع شود. در روش درمان مبتنی بر دل‌بستگی، به افراد در زمینه تنظیم هیجان‌ها به روش‌های

8- Anderson S, Whitaker R. Attachment security and obesity in US preschool-aged children. *Arch pediatrics Adolesc.* 2011; (165): 235-42.

9- Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 2 Separation: Anxiety and anger. New York: Basic Books. 1973.

10- Blizzard R. Disorganized attachment development of dissociated self-states and a relational approach to treatment. *J Can Acad Child Adolesc Psychiat.* 2003; (4): 27-50.

11- Birch JH. Treating attachment disorders: From theory to therapy. New York: Guilford Press. 2002.

12- Barth FD. Hidden eating disorders: Attachment and Affect regulation in the therapeutic relationship. *Clin Soc Work.* 2008; (36): 355-65.

13- Santelices MP, Guzmán GM, Aracena M, Farkas C, Armijo I, Pérez-Salas CP, Borghini F. Promoting secure attachment: evaluation of the effectiveness of an early intervention pilot programmed with mother-infant dyads in Santiago Chile. *Child Care Health Dev.* 2010; (37):203-10.

14- Schore AN. Attachment affects regulation and the developing right brain. *Pediatr Rev.* 2005; (26):204-17.

15- Van den Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive on sensitivity and early attachments. *Child Dev.* 1994; (65): 1457-77.

16- Bamford B, Halliwell E. Investigating the role of attachment in social comparison theories of eating disorders within a non-clinical female population. *Eur Eat Disord. Rev.* 2009; (17):371-79.

17- Duchesne M, Appolinario JC, Rangé BP, Fandio J, Moya T, Freitas SR. The use of a manual-driven group cognitive behavior therapy in a Brazilian sample of obese individuals with binge-eating disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; (29): 23-5.

18- Wilson G T. Treatment of binge eating disorder. *Psychiatr Clin NorthAm.* 2013; (34):773-83.

19- Shelley-Ummenhofer J, MacMillan PD. Cognitive-behavioral treatments for women who binge eats. *Can J Diet Pract Res.* 2007; (68):139-42.

20- Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Steele M, Steele H, & Treasure J. Attachment in anorexia nervosa: A Trans generational perspective. *Br J Med Psychol.* 2001; 74(4):497-05.

21- Kiesewetter S, Köpsel A, Wemer Kallenbach-Dermutz B, Pfeiffer A, FH, Spranger, Deter H. Psychodynamic mechanism and weight reduction in obesity group therapy – first observations with different attachment styles. *Child Dev.* 2011; (72):474-90.

22- Gahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri Sh, Jamshidi A. Effect of attachment-based therapy on

کاهش اختلال پرخوری در کودکان دارای اضافه وزن و چاق به کار گرفته شود.

پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود که از آن جمله می‌توان به این موارد اشاره نمود: پژوهش حاضر روی نمونه‌هایی از دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی شهر اهواز انجام شده، بنابراین باید در تعمیم‌دهی نتایج به پسران و سایر گروه‌های سنی احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی در مورد سایر گروه‌های سنی و سایر اختلالات رفتاری در هر دو جنس، پرداخته شود. همچنین مقایسه‌ی نتایج حاصل با یافته‌های موجود نیز می‌تواند حائز اهمیت باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله دکتری می‌باشد که در دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان) به انجام رسیده است. همچنین از همکاری و مساعدت کلیه‌ی مسئولین و کارکنان آموزش و پرورش شهرستان اهواز که زمینه‌ی اجرای این پژوهش را فراهم آوردند، قدردانی می‌گردد.

منابع

- 1- Tasca GA, Szadkowski L, Illing V, Trinneer A, Grenon R, Demidenko N, Kryszanski V, Balfour L. Adult attachment depression and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Pers. Individ. Dif.* 2013; (47):662-67.
- 2- Tasca GA, Szadkowski L, Illing V, Trinneer A, Grenon R, Demidenko N, Kryszanski V, Balfour L. Adult attachment depression and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Pers. Individ. Dif.* 2013; (47):662-67.
- 3- Araujo DM, Santos G, Nardi A E. Binge eating disorder and depression: A systematic review. *Int J Eat Disord.* 2010; (16):1176-82.
- 4- Taheri A, Doorsian M, Hossaini S, Nutrition and diet therapy in obesity. *Int J Eat Disord.* 2013; (5):413-24. [Persian].
- 5- Douketis J.D, Macie C, Thabane L, Williamson DF. Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *Int J Obes (Lond).* 2005; (10):1153-67.
- 6- Heymsfield SB, Harp JB, Reitman ML. Why do obese patients not lose more weight when treated with low-calorie diets? A mechanistic perspective. *Am J Clin Nutr.* 2007; (85): 346-64.
- 7- Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2007; (40):521-30.

- 36- Cross K. Reactive attachment disorder and attachment therapy. *Sci Rev Ment Health Prac.* 2002; (2): 213-36.
- 23- Gahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri Sh, Jamshidi A. Effect of attachment-based therapy on depression symptoms in girls with attachment problems. *Behav Scie.* 2013; (4):250-59. [Persian].
- 24- Zolfaghari Motlagh M, Jazayeri AR, Khoshabi K, Mazaheri MA, Karimlou M. Effectiveness of Attachment Based Therapy on Reduction of Symptoms in Separation Anxiety Disorder. *Iran j clin psychol.* 2009; (4): 380-8. [Persian].
- 25- Gahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri Sh, Jamshidi A. Effect of attachment-based therapy on ODD in girls. *Healthc.* 2013; (3):140-51. [Persian].
- 26- Gahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri Sh, Jamshidi A. Effect of attachment-based therapy on Reactive attachment disorder symptoms in girls with attachment problems. *J Clin Psychol.* 2013; (3): 41-49. [Persian].
- 27- Abela J., Hankin B.L., Haigh E., Adams P.h., Vinokuroff, T. Interpersonal Vulnerability to Depression in High-Risk children: The Role of Insecure Attachment and Reassurance Seeking. *J Clin Child Dev.* 2005; (1): 182-92.
- 28- Gahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri Sh, Jamshidi A. Effect of attachment-based therapy on Reactive attachment disorder symptoms in girls with attachment problems. *J Appl Psychol.* 2013; (5):26-41. [Persian].
- 29- Randolph E. Manual for the Randolph Attachment Disorder Questionnaire (3rdEd.). CO: The Attachment Center Press. 1996.
- 30- Movahed M, Abtahi.M, Amiri Sh, Emsaki G. Standardization and Study of the Psychometric Properties of Randolph Attachment Disorder Questionnaire. *Know Res Appl Psychol.* 2012; (13): 48-55. [Persian].
- 31- Marcus MD, Kalarchian M. Binge eating in children and adolescents. *Int J Eat Disord.* 2003; (34): 47-57.
- 32- Shapiro JR, Woolson SL, Hamer RM, Kalarchian MA, Marcus MD, Bulik G, Cynthia M. Evaluating binge eating disorder in children: Development of the Children's Binge Eating Disorder Scale (C-BEDS). *Eat Disord.* 2007; (3) 82-89.
- 33- Hosseini M, Carpenter RG, Mohammad K, Jones ME. Standardized percentile curves of body mass index of Iranian children compared to the US population reference. Freiberg S. Pathological defenses in infancy. *Psychoanal.* 2004; (51): 612-35. [Persian].
- 34- Pawl J, Liberman AF. Infant- parent psychotherapy; Handbook of child and adolescence psychiatry, 5th ed. New York: Basic book. 1997.
- 35- Win Ph. Friendship in childhood and adolescence. USA and Canada: Rutledge. 1998: 23.

The Comparison of the Effectiveness of Attachment Based Therapy, Diet Therapy and Compound Therapy (Attachment-Based & Diet Therapy) in the Treatment of Binge Eating Disorder and Obesity Girls

Dasht-Bozorgi, Z. *Ph.D student., Amiri, SH. Ph.D., Mazaheri, A. Ph.D., Talebi, H. Ph.D.

Abstract

Introduction: The present study aims to investigate the efficacy of attachment-based therapy, diet therapy and compound therapy (attachment-based & diet therapy) in the treatment of binge eating disorder among the female students of primary school in Ahvaz.

Method: This is an experimental study with pre-test, post-test, follow up and a control group. The target samples were 68 female individuals of primary school that have the highest scores in attachment, binge eating disorder and obesity. The evaluation implements include Randolph attachment disorder questionnaire, Children's Binge Eating Disorder Scale and BMI. Four groups have been made including the attachment-based therapy group, diet therapy group, compound therapy group and a control group. The mothers of the attachment-based therapy group have participated in 10 learning attachment-based therapy sessions. The mothers of the diet therapy group received a food diet instruction according to their children's age. The mothers of the compound group received both of those programs and the mothers of the control group have none of those. After the implementation of the therapies, a post test has been done. After 45 days a follow up test has also been done.

Results: The result of covariate analysis shows that implementation of the therapies has reduced some signs of binge eating disorder and obesity symptoms among the tested groups. In the post-test, the diet therapy is proved to be more effective in decreasing binge eating disorder and obesity in the girls in comparison to the other groups but in the flow up, the attachment based therapy is proved to be more effective in decreasing binge eating disorder and obesity in the girls in comparison to the other groups.

Conclusion: Therefore, attachment therapy can be exploited as the chosen method along with diet therapy views to reduce binge eating disorder in obese children.

Keywords: Attachment-Based Therapy, Diet Therapy, Binge Eating Disorder, Obesity.

***Correspondence E-mail:**
Zahradb2000@yahoo.com