

Research Paper

Developing an attachment-based family therapy program based on Iranian culture and investigating its effectiveness in reducing adolescent depression

Alireza Nezamdoost Malfejani¹ , Faramarz Sohrabi^{*2} , Abdollah Motamedi³ , Ali Delavar⁴ , Hossein Eskandari³ 

1. Ph.D. Student in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

4. Professor, Department of Measurement, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

Citation: Nezamdoost Malfejani A, Sohrabi F, Motamedi A, Delavar A, Eskandari H. Developing an attachment-based family therapy program based on Iranian culture and investigating its effectiveness in reducing adolescent depression. J Child Ment Health. 2025; 12 (2):18-32.



URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1218-en.html>

 [10.61186/jcmh.12.2.2](https://doi.org/10.61186/jcmh.12.2.2)

ARTICLE INFO

Keywords:

Attachment-based family therapy,
attachment,
Iranian culture,
adolescent depression

ABSTRACT

Background and Purpose: The underlying hypothesis of attachment-based therapy is that family member interactions can have a restorative function in situations of attachment trauma; therefore, the aim of the present study is to develop an attachment-based family therapy program appropriate to Iranian culture and determine its effectiveness in reducing adolescent depression.

Methods: This study employed a mixed-method approach (qualitative: Delphi method; quantitative: quasi-experimental). In the qualitative phase, to develop the program and confirm its components, the opinions of ten experts in psychology and counseling from Allameh Tabataba'i University, the University of Guilan, and Counseling centers in Rasht were gathered and analyzed using thematic analysis. To validate the components of the program, the Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI) were employed. In the quantitative phase, the developed program was implemented with 48 adolescents diagnosed with depressive disorder, who were selected through a screening process from counseling centers in Rasht. These participants were randomly assigned to either an experimental group or a control group (24 individuals in each). The intervention program was administered to the experimental group in twelve 90-minute sessions, while the control group did not receive any intervention the research stages, but they were assured that at the end of the study, they would receive a summary of the intervention program. To measure the level of depression in adolescents, the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21) (Lovibond, S.H.; Lovibond, P.F. (1995) was used. For data analysis, the qualitative phase used the CVI and (CVR), while in the quantitative phase, univariate analysis of covariance (ANCOVA) was employed.

Findings: Based on the content of the attachment-based family therapy program and the insights and experiences of the experts during the initial meeting, the main themes and structural components of the culturally adapted program were confirmed. Through the Delphi process and the calculation of the Content Validity Ratio and Index, a total of 15 components and 98 indicators were identified for the attachment-based family therapy program. Additionally, the results indicated that the intervention had a significant effect in reducing depression among participants in the experimental group ($p < 0.05$).

Conclusions: Based on the findings of this study, it can be concluded that the developed intervention program, with its emphasis on attachment theory and the improvement of relationships between adolescents and their parents, contributed to a reduction in depressive symptoms among adolescents.

Received: 6 Dec 2021

Accepted: 14 Jul 2025

Available: 26 Jul 2025

* **Corresponding author:** Faramarz Sohrabi, Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

E-mail: Sohrabi@atu.ac.ir

Tel: (+98) 2148393241

2476-5740/ © 2024 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Attachment styles are considered intrapersonal resources that can moderate levels of stress and disability in adverse situations and reduce the negative effects of stress (1). The family is the most basic unit of human development, and children and adolescents are raised in the family and are dependent on their parents for their growth and development (3).

On the other hand, during adolescence, fundamental changes occur in physical, emotional, and social factors, exposing adolescents to serious risks (4). One of these risks is depression. Depression is a serious and growing problem that is one of the key factors in health-related disability among adolescents (5). Research also shows that types of depression are common among children and adolescents worldwide, and approximately one in five children and adolescents suffer from depression (9); therefore, the need to pay attention to this disorder and treat it, especially in children and adolescents, is increasingly felt.

One of the treatments used to reduce depression and anxiety in children and adolescents is attachment-based family therapy. Family therapy based on the attachment process focuses on improving the relationship between adolescents and their parents (11). The goal of this approach is not only to reduce symptoms but also to improve the quality of the attachment relationship between the adolescent and their parents (18).

In summury, it can be said that when developing a treatment plan, cultural issues that may affect both the content and the process of the treatment plan should be considered. Given the research background, the frequency of communication problems between adolescents and parents on the one hand, and the lack of a documented treatment plan in Iran for repairing attachment on the other, the necessity of conducting this study is increasing. Therefore, in this study, the researcher carefully examined the concepts and content of attachment theory and the aforementioned treatment plan by studying and examining foreign and domestic research and sources and utilizing the content of the attachment-based family therapy program presented and designed by Diamond et al. (18). Therefore, the basic question of the present study is: What are the characteristics of the attachment-based family therapy program based on Iranian culture and to what extent is the developed program effective in reducing adolescent depression?

Method

This study employed a mixed-method approach (qualitative and quantitative) and its purpose is applied. In the qualitative phase, data were collected through interviews, questionnaires, and the Delphi technique. The qualitative sample consisted of all psychology and counseling faculty members at Allameh Tabataba'i University, University of Guilan, and Counseling centers in Rasht in the year 2020. From this population, ten experts were selected using purposive sampling based on specific criteria: holding a PhD in psychology or counseling (different orientations, being a member of the faculty, and

having experience in clinical practice in counseling centers). These experts contributed to the development of the program and the validation of its components using thematic analysis. To confirm the components, content validity ratio (CVR) and content validity index (CVI) were used. In the qualitative phase, the development of the *attachment-based family therapy program* adapted to Iranian culture followed these steps:

1. In the first stage, an open-ended questionnaire was developed based on the core elements of attachment-based family therapy and distributed to the participants. The experts were asked to review the proposed elements of the therapy and adapt them according to the cultural and social characteristics of Iran. The experts reached a consensus on six main categories as the foundation for developing a culturally adapted program: (1) grounding the program in the core principles of attachment theory, (2) reviewing the clinical roots and protocols of attachment-based family therapy, including models such as structural family therapy, emotionally focused couple therapy, and multidimensional family therapy, (3) addressing key concepts and issues related to adolescent attachment, (4) considering the process of changing attachment patterns within families based on existing research, (5) adhering to the core phases of therapeutic protocols (including assessment, formulation, psychoeducation and intervention, and treatment termination), and (6) integrating Iranian cultural elements and localization as a central aim of the study.
2. In the second stage, the results of the first stage of experts' opinions were provided to the panel of experts in the form of a questionnaire. The experts' opinions on the axes presented in the questionnaire were reviewed and new suggestions were received from them. At the end of the second session, the results were collected, and changes were made. In the meantime, some other items were removed; common items were merged, and novel items were also entered into the questionnaire, and finally a questionnaire with eighteen components and 154 indicators were developed.
3. In the third step, thematic labels were assigned to the indicators and shared with the experts. Following their review, parallel and duplicate indicators were removed, and similar indicators were merged. As a result, 16 components and 139 indicators were identified.
4. In the fourth stage, the indicators from the earlier step were combined and refined, and the results were presented to the experts in the form of a questionnaire to rank the program's indicators. Ultimately, 15 components were identified, including: (1) connection with the family and understanding depression and anxiety, (2) engaging with attachment schemas, (3) agreement on kinship-related therapeutic goals, (4) connection with the adolescent, (5) therapeutic goals related to the adolescent, (6) the role of the therapeutic relationship with the adolescent, (7) connection with the parents, (8) therapeutic goals related to the parents, (9) the role of the therapeutic relationship with the parents, (10) adolescent openness, (11) parent clarification, (12) ongoing

repair, (13) emergence of maturity in the home, (14) competent functioning outside the home, and (15) identity formation. In total, ninety-eight indicators were obtained.

5. Content validity ratio (CVR) and content validity index (CVI) indices were used to verify the components. To calculate the CVR index according to the number of experts (10 people), the value of 0.62 was determined based on the Lawshe's table, and to calculate the CVI according to the Waltz and Bassel formula, elements with a value smaller than 0.7 were rejected, values between 0.7 and 0.79 were reviewed, and if it was greater than 0.79, it was accepted and confirmed.

In the quantitative part (intervention), the method of this study was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group using random selection and group membership. The statistical population of the present study was 93 adolescents with depression and anxiety referring to counseling centers in Rasht city in the age group of 14 to 18 years. Based on a screening program (interview and administration of the DASS-21 test), 48 participants were selected and randomly assigned to the experimental and control groups. The experimental group received the newly developed culturally adapted attachment-focused intervention program, while the control group was placed on a waiting list. The instrument used was the validated version of the 21-item Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) developed by Lovibond, S.H.; Lovibond, P.F. (37, 38). To analyze the data and find the effectiveness of the intervention, a univariate analysis of covariance (ANCOVA) was employed.

Results

(a) program development

In the first expert meeting, consensus was reached on six main categories and building blocks for developing the culturally adapted program, based on which 24 components for the therapy program were identified: (a) Attention to the foundations of attachment theory as the main framework of the program, (b) Review of clinical origins and protocols of attachment-based family therapy, including emotionally focused couple therapy (18) and multidimensional family therapy (25), (c) Consideration of important concepts and key points in adolescent attachment, (d) Attention to the process of attachment change within the family, based on existing research and studies, (d) Adherence to the principles and stages of therapeutic protocols (including assessment, formulation, psychoeducation and intervention, and treatment termination), (e) Focus on Iranian culture and localization as the main goal in developing the program. After the final stage, the necessary data were collected and for each of the indicators, the content validity ratio and content validity index were calculated. Based on the results obtained, indicators that had a low quorum were eliminated, and finally, out of a total of 131 indicators, 33 indicators were eliminated and 98 indicators were confirmed, thus confirming the content validity of the attachment-based family therapy program based on Iranian culture.

(b) intervention section

Descriptive findings, including the mean and standard deviation of the depression variable in adolescents in the experimental and control groups, are presented in Table 1, separated by pre-test and post-test stages.

Table 1. Descriptive indicators of sample individuals in the experimental and control groups

Variables	Stage	Experimental Group		Control Group		Normal distribution
		M	SD	M	SD	S-W
Depression	Pretest	15.25	1.59	15.16	1.78	0.95
	Posttest	10.62	2.26	13.62	2.14	0.97

Note. *M* = Mean, *SD* = Standard Deviation, *S-W*: Shapiro-Wilk.

According to Table 1, the mean depression scores in the experimental group have changed compared to the control group, and univariate analysis of covariance was used to examine these differences and evaluate them more accurately. The results of the analysis of covariance showed that the corrected post-test mean of the experimental group in depression (10.59) was lower than the mean of the control group (13.65), which is significant at the 0.001 level according to the F statistic (38.05). According to this finding, it can be said that attachment-based family therapy is effective in reducing adolescent depression.

Conclusion

The aim of the present study was to develop an attachment-based family therapy program based on Iranian culture and to evaluate its effectiveness in reducing depression among adolescents. The results showed that the therapy program was

well-designed according to expert evaluations, and effective in decreasing adolescent depression. In terms of content and structure, the program demonstrated strong cultural adaptation and localization. These findings are consistent with those of earlier studies (15,16, 32–34). An analysis of the results showed that the culturally adapted program was largely in line with the original foreign model in terms of its framework and theoretical foundations, with modifications made only to certain components and indicators to reflect the Iranian cultural context. Enhancing knowledge of general cultural concepts, theories, models, and therapeutic approaches can contribute to the improvement of treatment programs.

Moreover, studies (21–25) support the findings of the present research regarding the effectiveness of attachment-based family therapy in reducing depression. This therapeutic approach helps children and adolescents work through life challenges or negative experiences with their caregivers—who are often the source of psychological trauma—by fostering the

development of a secure attachment. As a result, symptoms of depression and suicidal thoughts in adolescents tend to decrease (18).

The present study had limitations such as the inability to provide individual education and treatment, the use of a non-random sampling method, and the inability to hold in-person treatment sessions for the study subjects (due to the spread of COVID-19). Undoubtedly, addressing these limitations in future research can add to the accuracy and richness of the results. Implementing the protocol developed in this study at research and clinical levels is one of the practical suggestions of this study.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is based on the first author's doctoral dissertation in Psychology at Allameh Tabataba'i University, successfully defended on September 16, 2022. The scientific approval for this study was granted by Allameh Tabataba'i University under letter No. 3025641, dated July 11, 2018. Ethical considerations outlined in the American Psychological Association's Publication Manual and the ethical codes of the Iranian Psychological Organization—such as confidentiality, data privacy, and obtaining written informed

consent from participants—were fully observed throughout the research.

Funding: This research was conducted without any financial support from a specific organization.

Authors' contributions: In the present study, the first author managed writing and conceptualizing the article. The second and third authors, as supervising professors, contributed to reviewing the manuscript and addressing its shortcomings. The fourth and fifth authors, serving as advisory professors, played a role in data collection and analysis.

Conflict of interest: The authors declare that this research has no conflicts of interest, and the results have been reported fully transparently and without bias.

Data availability statement: The data supporting the findings of this article are available upon request.

Consent for publication: The publication of this article has been approved with the full consent of all authors.

Acknowledgments: The authors thank all the professors of Psychology and Counseling at the University of Guilan and Allameh Tabataba'i University, as well as the counselors from counseling centers in Rasht, who contributed to the review of the therapeutic program content.

مقاله پژوهشی

تدوین برنامه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی بر اساس فرهنگ ایرانی و تعیین اثربخشی آن بر کاهش افسردگی نوجوانان

علیرضا نظام دوست مالفجانی^۱، فرامرز سهرابی^{۲*}، عبدالله معتمدی^۳، علی دلاور^۴، حسین اسکندری^۵

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. استاد، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. استاد، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴. استاد، گروه سنجش و اندازه گیری، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی،
فرهنگ ایرانی،
افسردگی نوجوانان

زمینه و هدف: فرضیه زیربنایی درمان مبتنی بر دلبستگی این است که تعاملات اعضای خانواده می تواند در شرایط صدمات دلبستگی، عملکرد ترمیمی داشته باشد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تدوین برنامه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی متناسب با فرهنگ ایرانی و تعیین اثربخشی آن بر کاهش افسردگی نوجوانان است.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع آمیخته (کیفی: روش دلفی و کمی: شبه تجربی) بود. در بخش کیفی جهت ساخت برنامه و تأیید مؤلفه های آن از نظرات ۱۰ متخصص روان شناسی و مشاوره دانشگاه های علامه طباطبائی، گیلان و مراکز مشاوره شهرستان رشت با راهبرد تحلیل مضمون استفاده شد. جهت تأیید مؤلفه ها از نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا استفاده شد. در بخش کمی، برنامه ساخته شده روی ۴۸ نوجوان با اختلال افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر رشت بر اساس برنامه غربالگری انتخاب و به صورت تصادفی اجرا شد. بدین ترتیب این نوجوانان در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه شامل ۲۴ نفر) جایدهی شدند و برنامه مداخله ای ساخته شده روی گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد، ولی گروه گواه هیچ مداخله ای در طی مراحل پژوهش دریافت نکرد ولی به آنها اطمینان داده شد که در پایان اجرای مطالعه، خلاصه ای از برنامه مداخله ای را دریافت کنند. برای اندازه گیری میزان افسردگی نوجوانان از آخرین نسخه اعتباریابی شده در ایران پرسشنامه افسردگی، اضطراب، تنیدگی (لویبند و لویبند، ۱۹۹۵) استفاده شد. برای تحلیل داده ها در بخش کیفی از روش های شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا و در بخش کمی از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد.

یافته ها: بر اساس محتوای برنامه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی و دیدگاه ها و تجربه های خبرگان در نشست اولیه، محورها، و بخش های سازنده برنامه بومی مورد تأیید قرار گرفت و در مراحل دلفی و محاسبه نسبت و شاخص روایی محتوا، ۱۵ مؤلفه و ۹۸ شاخص برای برنامه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی به دست آمد. همچنین نتایج نشان داد مداخله در کاهش معنادار افسردگی گروه آزمایش مؤثر بوده است ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: براساس نتایج حاصل از این پژوهش می توان نتیجه گرفت که برنامه مداخله ای تدوین شده با تأکید بر نظریه دلبستگی و بهبود رابطه بین نوجوانان و والدین شان، باعث کاهش افسردگی در نوجوانان شده است.

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۹/۱۵

پذیرفته شده: ۱۴۰۴/۰۴/۲۳

منتشر شده: ۱۴۰۴/۰۵/۰۴

* نویسنده مسئول: فرامرز سهرابی، استاد، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

رایانامه: Sohrabi@atu.ac.ir

تلفن: ۰۲۱-۴۸۳۹۳۲۴۱

مقدمه

سبک‌های دلبستگی^۱ از منابع درون‌فردی هستند که می‌توانند سطوح تنش و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل کنند و اثرات منفی تنش را کم‌رنگ‌تر جلوه دهند. بنا بر نتایج پژوهش‌ها، سبک‌های دلبستگی اهمیت پیش‌بینی‌کننده زیادی در بهداشت روانی دارند (۱). برخی مطالعات نشان می‌دهند که سبک دلبستگی اعضای خانواده خصوصاً والدین بر عملکرد خانواده آنها تأثیر دارد (۲). علاوه بر آن، خانواده اساسی‌ترین واحد تحول انسانی است و کودکان و نوجوانان در خانواده پرورش می‌یابند و برای رشد و تحول خود، به والدین خود وابسته هستند (۳).

از سوی دیگر در دوران نوجوانی، تغییرات اساسی در عوامل جسمانی، عاطفی، و اجتماعی رخ می‌دهد و نوجوانان را با خطرات جدی روبه‌رو می‌کند (۴). یکی از این خطرات افسردگی^۲ است. افسردگی مسئله‌ای جدی و رو به تحول است که یکی از عوامل کلیدی در کم‌توانی مرتبط با سلامت در بین نوجوانان است (۵). افسردگی به غم و اندوه، بی‌انگیزگی، رنج عمیق و پایدار در افراد مبتلا منجر می‌شود (۶) و علاوه بر فرد، بر خانواده و جوامع نیز تأثیر می‌گذارد و عملکرد اجتماعی و اقتصادی را نیز مختل می‌کند (۷). دوره‌های افسردگی در دوران قبل از بزرگسالی اغلب کشاکش در روابط، مشکلات تحصیلی و شغلی، کیفیت پایین زندگی، بیماری‌های جسمی و روانی بیشتر و همچنین دوره‌های افسردگی بیشتر و خطر خودآزاری و خودکشی^۳ بالاتر را پیش‌بینی می‌کنند (۸).

پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند انواع افسردگی در بین کودکان و نوجوانان در سراسر جهان شایع است و تقریباً یک کودک و نوجوان از پنج نفر از افسردگی رنج می‌برند (۹-۱۰)؛ بنابراین لزوم توجه به این اختلال و درمان آن به خصوص در کودکان و نوجوانان بیش از پیش احساس می‌شود. در این بین یکی از درمان‌های مورد استفاده برای کاهش افسردگی و اضطراب کودکان و نوجوانان، خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی^۴ است. خانواده‌درمانی بر اساس فرآیند دلبستگی بر بهبود بافت ارتباطی بین نوجوانان و والدین تأکید دارد که از طریق تسهیل گفتگوها در مورد وقایع سختی که در گذشته اتفاق افتاده یا تعارض‌های بین‌فردی

که در حال وقوع بوده و اعتماد افراد را دچار نقصان کرده است، انجام می‌گیرد (۱۱).

در پژوهشی تأکید شد برای تأثیرگذار بودن درمان لازم است به جای تمرکز کامل بر کودک، خانواده و مراقبان اصلی کودک نیز تحت درمان و آموزش قرار بگیرند (۱۲). هدف اصلی درمانی با رویکرد دلبستگی درمانی، ایجاد یک پایگاه و تکیه‌گاه ایمن برای کودک در خانواده است. وقتی که به خانواده آموزش دهند که چطور می‌توانند برای یکدیگر تکیه‌گاه ایمنی به وجود بیاورند، اعضای این خانواده می‌توانند برای رفع مسائل و مشکلات خانواده در طول جلسات درمان و پس از آن از این روش‌ها استفاده نمایند. با استناد به شواهد پژوهشی، انتظار می‌رود دلبستگی در درمان مشکلات خلقی و رفتاری که ریشه در مشکلات دلبستگی دارند، مؤثر واقع شود (۱۳).

کام‌نیافتگی در شکل دادن دلبستگی ایمن در ماه‌های نخست زندگی، می‌تواند تأثیرات منفی بر روی رفتارهای دوران کودکی و نیز بزرگ‌الی داشته باشد. کودکانی که اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای^۵، اختلال رفتار هنجاری^۶، و اختلال تنیدگس پس از سانحه^۷ برایشان تشخیص داده شده است، اغلب دچار مشکلات دلبستگی، احتمالاً به خاطر بدرفتاری، غفلت و آسیب‌های دوران اولیه کودکی است؛ بنابراین بین الگوی دلبستگی کودک و تعاملات با مادر ارتباط نزدیکی وجود دارد و شکست مادر در ایجاد یک ارتباط گرم، حساس و پاسخ‌دهنده در نخستین سال زندگی، مشکلات رفتاری پایداری در کودک ایجاد می‌کند (۱۴).

امروزه به دلیل روابط پیچیده فرد با جامعه و فرهنگ، بدون بررسی تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی نمی‌توان رفتار آدمی را تبیین نمود. رفتار بهنجار و نابهنجار به کمک فرهنگ تفکیک می‌شود و برخی رفتارها بدون توجه به فرهنگ هر جامعه‌ای می‌تواند نابهنجار تلقی شود درحالی که جزء فرهنگ آن جامعه است (۱۵). متخصصان (۱۶) نیز بیان می‌کنند که عوامل فرهنگی - اجتماعی نقش مهمی در سبب‌شناسی، ساختار، و درمان اختلالات روانی دارند. از لحاظ نظری، فرهنگ عامل تعیین‌کننده‌ای برای مرز بین سلامت و بهنجاری است. برخی پژوهشگران (۱۷)، خانواده‌درمانی

5. Oppositional defiant disorder (ODD)

6. Conduct disorder (CD)

7. Posttraumatic stress disorder (PTSD)

1. Attachment styles

2. Depression

3. Suicide & Self-harm

4. Attachment-based family therapy (ABFT)

مبتنی بر دلبستگی را به‌عنوان یک مدل درمانی تنظیم شده مطابق با نیازهای خاص کودکان و نوجوانان افسرده و خانواده‌هایشان ارائه کردند.

خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی (۱۸) بر روی تمایل ذاتی، زیست‌شناختی، و وجودی برای دستیابی به روابط معنادار و ایمن سرمایه‌گذاری می‌کند؛ بنابراین، این درمان مانند زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان^۱ جانسون^۲ (۱۹) با حل مسئله یا مدیریت رفتاری، درمان را شروع نمی‌کند، که برای کشف اینکه چه تجربیاتی از روابط خانوادگی (به عنوان مثال سوءاستفاده) و فرآیندهای رابطه (به عنوان مثال، انتقاد شدید) منجر به آسیب اعتماد به خود شده است، تلاش می‌کند. درمانگران درمان حاضر، این «آسیب‌ها» را کشف می‌کنند و به خانواده کمک می‌کنند تا به گفت‌وگویی قابل اعتماد، ایمن، صادقانه، و عاطفی مشغول شوند و به سازمان‌دهی و نظم در مورد عدم امنیت در رابطه خود بپردازند. این مباحث ممکن است شامل درجه‌های مختلفی از سوءاستفاده، غفلت، ترک یا شرایطی در زندگی مانند طلاق، افسردگی والدین یا فقدان و مرگ آنها باشد (۲۰).

در بررسی پیشینه مطالعاتی نشان داده شد که خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی توانست علائم افسردگی، اضطراب و تعارض خانوادگی را در نوجوانان مبتلا به افسردگی کاهش دهد (۲۱-۲۳). بررسی مقایسه‌ای خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی با درمان معمول افسردگی در نوجوانان نروژی نشان دادند که این مداخله نسبت به مداخله معمول افسردگی اثربخش‌تر است (۲۴). پژوهشی دیگر نشان داد که درمان خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی هم در کاهش رفتار کنترل‌گرانه مادر و هم کاهش افسردگی و افکار خودکشی نوجوانان مبتلا به افسردگی مؤثر است (۲۵). پژوهشی که بر روی نوجوانان افسرده در کشور هلند انجام شد نیز اثربخشی درمان خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی را در کاهش علائم افسردگی و افکار خودکشی گزارش کرد (۲۶). مقایسه خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی با خانواده درمانی مبتنی بر هیجان بر افسردگی نوجوانان تیزهوش نشان داد خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی بر کاهش افسردگی مؤثرتر است و پایداری بیشتری در کاهش افسردگی دارد (۲۷). همچنین بحث تغییر در دلبستگی را دیاموند (۲۸) در پایان نامه‌ی خود مطرح کرد و سپس آن را در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار داد که با توجه

به نتایج پژوهش‌ها چارچوب بالینی خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی پایه‌گذاری شد (۲۹). خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی یک برنامه مختصر و کوتاه مدت ۱۲ تا ۱۶ هفته‌ای است (۳۰)، همچنین این درمان مبتنی بر خانواده‌درمانی ساختاری سنتی مینوچین، به نقل از (۳۱) و توسط خانواده‌درمانی چندبعدی توسعه پیدا کرده است (۳۲) و ترکیبی از نظریه دلبستگی و پژوهش‌های تحولی است (۳۳).

از سوی دیگر می‌توان گفت که در تدوین برنامه درمانی باید موضوعات فرهنگی را که ممکن است هم بر محتوا و هم بر فرایند برنامه درمانی مؤثر باشند، مورد توجه قرار داد. این موضوع مستلزم آگاهی، دانش، و مهارت درمانگران است که بتوانند برنامه درمانی را با انتظارات، باورها، و ارزش‌های فرهنگی مراجع منطبق سازند. برخی متخصصان (۱۵) نیز اظهار کردند که عوامل فرهنگی و اجتماعی می‌تواند در رفتار انسان نقش داشته باشد. توجه به فرهنگ و نیازهای فرهنگی مراجعان در روان‌درمانی در پژوهش‌های مختلف (۳۴-۳۶) نیز مورد تأکید قرار گرفته شده است که این یافته‌ها نشان دهنده ضرورت توجه به فرهنگ و مسائل فرهنگی در روان‌درمانی و تدوین برنامه‌های درمانی مبتنی بر فرهنگ بومی هر کشور است.

بنابراین با توجه به پیشینه اشاره شده، شیوع بالای افسردگی در نوجوانان و مشکلات ناشی از آن، و همچنین فراوانی مشکلات ارتباطی بین نوجوانان و والدین از یک‌سو و فقدان یک برنامه درمانی بومی شده برای ترمیم دلبستگی و کاهش افسردگی از سوی دیگر، ضرورت انجام پژوهش حاضر مشخص می‌شود. با توجه به این مطالب در این پژوهش، پژوهشگر به دنبال یافتن و شناسایی ویژگی‌ها و جنبه‌های اجتماعی- فرهنگی درمان مبتنی بر فرهنگ ایرانی ایجاد کند و بدین ترتیب برنامه‌ای جهت کاهش افسردگی تدوین کند بنابراین سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که برنامه خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی بر اساس فرهنگ ایرانی دارای چه ویژگی‌هایی است و آیا می‌تواند در کاهش افسردگی به ویژه نوجوانان مؤثر باشد؟

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر از نوع آمیخته (کیفی و کمی) است. این پژوهش بر اساس هدف از نوع کاربردی است. در بخش کیفی این پژوهش جهت گردآوری اطلاعات از روش میدانی شامل مصاحبه، پرسشنامه، روش کتابخانه‌ای شامل کتب، پایان‌نامه‌ها، مقالات، و فن دلفی استفاده شد. به منظور بومی‌سازی و انطباق فرهنگی برنامه خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی از نظرات خبرگان بر اساس روش دلفی و در چهار مرحله استفاده شد و نظرات خبرگان در هر مرحله دریافت و اصلاحات در محتوای برنامه انجام شد. جامعه آماری در بخش کیفی شامل تمامی استادان متخصص روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه‌های علامه طباطبائی، گیلان، و مراکز مشاوره شهرستان رشت در سال ۱۳۹۹ بودند که از میان استادان؛ تعداد ۱۰ متخصص با روش نمونه‌گیری هدفمند (دارا بودن مدرک دکترای روان‌شناسی و مشاوره با گرایش‌های مختلف، عضو هیئت علمی بودن، و دارای تجربه فعالیت درمانی در مراکز مشاوره) انتخاب شدند و در بخش کمی (مداخله) روش این پژوهش از نوع شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و با استفاده از گزینش تصادفی و عضویت گروهی اجرا شد. لازم به توضیح است که قبل از اجرای فرایند دلفی، ابتدا از طریق مصاحبه با خبرگان، تجارب و دیدگاه‌های خبرگان در مورد خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی جمع‌آوری شد. همچنین با دعوت از متخصصین روان‌شناسی و مشاوره، پانل خبرگان تشکیل شد.

۱. مرحله یکم: در این مرحله، بر اساس عناصر برنامه خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی و دیدگاه‌ها و تجربه‌های خبرگان، پرسشنامه بازپاسخ (دور اول) تدوین و در اختیار افراد پانل خبرگان قرار گرفت. در این گام از متخصصان درخواست شد عناصر خانواده‌درمانی ارائه شده را مطالعه و متناسب با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی کشور ایران، بومی‌سازی کنند. بدین منظور در نشست اولیه خبرگان بر روی ۶ مقوله اصلی و بخش سازنده برای تدوین برنامه بومی توافق شد و پس از اتمام نخستین دور، بر اساس این مقوله‌ها ۲۴ مؤلفه برای برنامه درمانی مشخص شد.

۲. مرحله دوم: در این مرحله، ماحصل دور اول نشست خبرگان در قالب پرسشنامه در اختیار پانل خبرگان قرار گرفت. در این گام از خبرگان خواسته شد تا بر اساس نتایج گروهی نظرشان را نسبت به محورهای شاخص‌های ارائه شده در پرسشنامه بازبینی و درج کنند و چنانچه پیشنهادی جدیدی دارند در پرسشنامه یادداشت کنند. در پایان نشست دور دوم، نتایج جمع‌آوری و تغییرات اعمال شد در این میان برخی موارد اضافی حذف؛ موارد اشتراکی ادغام و موارد جدید نیز در پرسشنامه وارد شد و در نهایت پرسشنامه‌ای با ۱۸ مؤلفه و ۱۵۴ شاخص تدوین شد.

۳. مرحله سوم: در این گام به شناسه‌ها برچسب مضامین داده و در اختیار خبرگان قرار گرفت. در ادامه پس از بازنگری و حذف شناسه‌های موازی و تکراری و ادغام شناسه‌های مشابه، ۱۶ مؤلفه و ۱۳۹ شاخص شناسایی شد. ۴. مرحله چهارم: در این مرحله با ترکیب و تلخیص شاخص‌های مرحله سوم، نتایج در قالب پرسشنامه در اختیار خبرگان قرار داده شد تا شاخص‌های هریک از محورهای برنامه خانواده‌درمانی را رتبه‌بندی کنند و در نهایت ۱۵ مؤلفه و ۹۸ شاخص با عنوان مؤلفه‌ها و شاخص‌های برنامه خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی بر اساس فرهنگ ایرانی به دست آمدند. ۵. مرحله پنجم: جهت تأیید محورهای مؤلفه‌ها از شاخص‌های نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا استفاده شد. برای محاسبه شاخص نسبت روایی محتوا از فرمول $1 - \frac{N-1}{N}$ استفاده شد و با توجه به تعداد متخصصان (۱۰ نفر) مقدار ۰/۶۲ بر اساس جدول لاوشه^۲ تعیین شد و برای محاسبه شاخص روایی محتوا از فرمولی که توسط والتز و باسل^۳ ارائه شده است، استفاده شد که به شرح زیر است:

تعداد خبرگانی که گزینه مرتبط یا کاملاً مرتبط را انتخاب کردند

تعداد کل خبرگان

در این فرمول عناصر با مقدار کوچک‌تر از ۰/۷ رد، مقدار بین ۰/۷ تا ۰/۷۹ مورد بازبینی و اگر از ۰/۷۹ بزرگ‌تر بود قابل قبول و تأیید می‌شود. بدین منظور عناصر به‌دست آمده جدید در قالب دو پرسشنامه جداگانه در اختیار خبرگان (گروه دوم) قرار گرفت و تحلیل شد که پس از اجرای این مرحله، داده‌های لازم جمع‌آوری و برای هر یک از شاخص‌های نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا محاسبه شد.

۱. تعداد کل خبرگان: N، تعداد خبرگانی که گزینه ضروری را انتخاب کردند: ne

2. Lawshe's table

3. Waltz & Bausell

لاویباند و لاویباند (۳۷) نشان دادند که اعتبار بازآزمایی برای افسردگی (۰/۷۱)، اضطراب (۰/۷۹) و تنیدگی (۰/۸۱) است. روایی مقیاس نیز از طریق بررسی همبستگی با مقیاس افسردگی و اضطراب بک به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۸۱ به دست آمد. در تعیین شاخص‌های روان سنجی و اعتباریابی این پرسشنامه در ایران، میزان آلفای کرونباخ افسردگی (۰/۷۰)، اضطراب (۰/۶۶) و تنیدگی (۰/۷۶) گزارش شد (۳۸). در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در تمامی خرده‌مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۷۰ به دست آمد که مطلوب است. همچنین تیم خبرگان منتخب این پژوهش در مرحله کیفی، روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه را نیز از طریق شاخص و نسبت روایی محتوا به طور کامل تأیید کردند.

یافته‌ها

(الف) معرفی برنامه مداخله‌ای

بر اساس محتوای برنامه خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی (۱۶ و ۱۷) و دیدگاه‌ها و تجربه‌های خبرگان محورها و بخش‌های سازنده برنامه بومی مورد بررسی قرار گرفت و از متخصصان درخواست شد تا عناصر خانواده‌درمانی ارائه شده را مطالعه و متناسب با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی کشور ایران بومی‌سازی کنند که در این خصوص خبرگان طبق روش دلفی مقوله‌ها، شاخص‌ها و مؤلفه‌های اصلی برنامه را اعتباریابی کرده و در نهایت برنامه خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی براساس فرهنگ ایرانی با ۱۵ مقوله و ۹۸ مؤلفه تدوین شد (که در مقاله مجزا به آن پرداخت شد). سپس توسط پژوهشگر محتوای برنامه تدوین شده با اهداف مربوطه در ۱۲ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هر هفته) بر روی گروه آزمایش در بستر فضای مجازی (اسکای روم)، اجرا شد که در جدول ۱، محتوای آموزشی هر جلسه بر اساس وظایف مربوطه ارائه شده است.

در بخش مداخله، جامعه آماری پژوهش حاضر ۹۳ نوجوان افسرده و مضطرب مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان رشت در رده سنی ۱۴ تا ۱۸ سال بودند و بر اساس برنامه غربالگری (مصاحبه و اجرای آزمون DASS-21) تعداد ۴۸ نفر که دارای ملاک‌های ورود (اعلام مشکلات ارتباطی با والدین در مصاحبه و کسب نمره بالاتر از ۱۴ در خرده‌مقیاس افسردگی) و ملاک‌های خروج (دریافت روان‌درمانی همزمان با آموزش، مصرف داروهای روان‌پزشکی، وجود مخاطراتی برای مراجع و غیبت بیش از دو جلسه) انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۴ نفر) و گواه (۲۴ نفر) جایدهی شدند و گروه آزمایش برنامه بومی تدوین شده مداخله دلبستگی محور را دریافت کردند و گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها برای تعیین اثربخشی از روش تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد.

(ب) ابزار: پرسشنامه افسردگی، اضطراب، و تنیدگی-۲۱: این پرسشنامه ابزار خودگزارشی است که تغییرات خلقی اخیر را نشان می‌دهد. که نخستین اولین بار توسط لاویباند و لاویباند در سال ۱۹۹۵ ارائه شد. پرسشنامه اصلی شامل ۴۲ گویه و پرسشنامه فرم کوتاه دارای ۲۱ گویه است. هفت گویه مربوط به افسردگی شامل احساس بی‌ارزشی، ۳، احساس بی‌معنایی، ۴، عدم احساس آرامش، ۵، عدم احساس مثبت، ۶، ناامیدی، ۷، عدم دلبستگی، ۸، و بی‌تفاوتی، ۹ است. هفت گویه مربوط به اضطراب است که شامل احساس هراس، ۱۰، برانگیختگی اعصاب اتونوم، ۱۱، تأثیرات عضلانی، ۱۲، و اضطراب موقعیتی، ۱۳ است. هفت گویه بعدی نیز مربوط به تنیدگی شامل اختلال در آرامیدگی، ۱۴، برانگیختگی عصبی، ۱۵، واکنش بیش از حد به موقعیت، ۱۶، احساس زودرنجی، ۱۷، و تحمل کم، ۱۸ است. آزمودنی‌ها به طیف لیکرت چهارگزینه‌ای اصلاً (۰) تا همیشه (۳) پاسخ می‌دهند. دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۱ در هر خرده‌مقیاس است که نمره بیشتر نشان‌دهنده سطح بالای افسردگی، اضطراب، و تنیدگی است (۳۷).

10. Subjective experience of anxious affect
11. Autonomic arousal
12. Skeletal musculature effects
13. Situational anxiety
14. Difficulty relaxing
15. Nervous arousal
16. Irritable/Over-reactive
17. Easily upset/agitated
18. Impatient

1. Depression anxiety stress scal- short form (DASS-21)
2. Lovibond, S.H.; Lovibond, P.F. (1995)
3. Self-deprecation
4. Devaluation of life
5. Dysphoria
6. Anhedonia
7. Hopelessness
8. Lack of interest/involvement
9. Inertia

جدول ۱: خلاصه برنامه خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی بر اساس فرهنگ ایرانی

جلسه	شرح جلسه
مقدماتی	معرفی، بیان شیوه آموزش و اهداف برنامه درمانی و قوانین گروه، آشنایی والدین و نوجوانان با درمانگر و فراهم کردن زمینه درک و تفاهم متقابل و بیان انتظارات درمانگر در راستای پیشبرد برنامه درمانی
یکم	وظیفه یکم (بازسازی و تغییر فرم رابطه خانوادگی) و اهداف مربوطه ایجاد توافق بین نوجوان و والدین برای کار در زمینه بهبود روابط به عنوان اولین هدف درمان و موافقت با مشارکت در درمان متمرکز بر روابط خانوادگی به منظور افزایش کیفیت رابطه دلبستگی نوجوان-والد. درمانگر از والدین و نوجوانان می‌خواهد که راجع به چگونگی افسردگی/اضطراب خود با یکدیگر صحبت کنند. صدماتی که به یکدیگر وارد کرده‌اند و منجر به فاصله بین آنها شده است را پیدا کنند. سپس درمانگر اعضای خانواده را به سمت نزدیکی به یکدیگر (به عنوان مثال، دلبستگی و مراقبت از منزل) تشویق می‌کند و به عنوان یک راه حل به رابطه بین آنها می‌پردازد. در اینجا فرد درمانگر با بهره‌گیری از نگرانی‌های والدین و احساس اشتباه درک شدگی نوجوان شروع به بازسازی رابطه می‌کند. وظیفه دوم (رابطه درمانی با نوجوان) و اهداف مربوطه پیوند دادن روایت‌های بهداشت روان و دلبستگی برای ایجاد انگیزه و گرفتن تعهد از نوجوان برای پرداختن به این مسائل با والدین خود. ایجاد انگیزه اصلی درمان در درون نوجوان و تشویق او برای موافقت با کار کردن روی روابط از هم‌پاشیده با والدین.
دوم، سوم و چهارم	درمانگر به نوجوان کمک می‌کند تا روایت صدمه دلبستگی را توسعه دهد. این گفت‌وگو برای دستیابی به چگونگی صدمه دلبستگی در دوران کودکی او است. تجربیاتی که نوجوان را از حمایت و محافظت والدینش باز می‌دارد. درمانگر والدین را مقصر این صدمات نمی‌داند، بلکه به نوجوان کمک می‌کند تا بی‌عدالتی‌ها و ناامیدی‌هایی که او احساس و درک کرده را بهتر بشناسد. سپس درمانگر نوجوان را تشویق می‌کند تا افکار و احساسات خود را به شیوه‌ای بالغ تر و تنظیم شده تر بیان کند و والدین بتوانند به نگرانی‌های نوجوان بهتر گوش دهند. وظیفه سوم (رابطه درمانی با والدین) و اهداف مربوطه آماده کردن والدین برای صحبت با نوجوان در مورد گسیختگی رابطه در جلسات مشترک و ایجاد انگیزه در والدین برای گوش کردن به شکایات نوجوان خود به شیوه‌های جدید و ترویج دلبستگی، تغییر در مدل کار والدین و کسب مهارت‌های مهارگری هیجان. درمانگر به والدین کمک می‌کند تا ببینند چگونه این عوامل تنشگر ممکن است روی شیوه‌های والدگری آنها تأثیر بگذارد. همچنین درمانگر به والدین آموزش می‌دهد که صدمات دلبستگی آنان چطور می‌تواند بر والدگری آنان و روابطشان با یکدیگر اثر بگذارد. درمانگر به مکالمات هر دو والد توجه خواهد داشت و همچنین به غرایز آنان (به عنوان مثال، میل آنها به دوست داشتن و محافظت از فرزند خود) تمرکز می‌کند. وظیفه چهارم (بهبود دلبستگی) و اهداف مربوطه تجدیدنظر درباره دیدگاه خود و دیگران و نوسازی اطمینان میان فردی. اصلاح تجربه دلبستگی به منظور ایجاد اعتماد و احترام بین نوجوان و والدین. درمانگر، نوجوان را تشویق می‌کند تا نارضایتی‌های خود را به شیوه منظم‌تر و بالغانه‌تر بیان کند، حتی اگر والدین کاملاً با نظرات نوجوان موافق نباشند، اما نوجوان احساسات و ناراحتی‌های خود را بیان می‌کند. در این مرحله والدین با کمک درمانگر به درک و همدلی با فرزند خود می‌پردازند. والدین به عنوان والدینی در دسترس و پذیرای نوجوان، رفتار خود را بازنگری می‌کنند.
پنجم و ششم	وظیفه پنجم (ارتقای خودمختاری و استقلال) و اهداف مربوطه شرکت تصحیح شده در هدف که در آن والدین به عنوان پایگاه امن نوجوان دیده می‌شوند و همه طرفین برای حفظ ارتباط با یکدیگر همکاری می‌کنند. در این مرحله به اعضای خانواده مهارت‌های جدید آموزش داده می‌شود، از جمله (مهارت ابراز محبت، مهارت مدیریت هیجان و مهارت حل مسئله و تعارض) تا روابط جدیدی مبتنی بر دلبستگی ایمن شکل بگیرد.
هفتم و هشتم	
نهم تا دوازدهم	

(ب) یافته‌های بخش کمی

یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیر افسردگی در نوجوانان گروه آزمایش و گروه گواه به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲، ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌ها دو گروه در افسردگی

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه		بررسی توزیع نرمال	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو ویلک	p
افسردگی	پیش آزمون	۱۵/۲۵	۱/۵۹	۱۵/۱۶	۱/۷۸	۰/۹۵	۰/۰۷
	پس آزمون	۱۰/۶۲	۲/۲۶	۱۳/۶۲	۲/۱۴	۰/۹۷	۰/۴۵

با توجه به جدول ۲، میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تغییری نداشته است که جهت بررسی این تفاوت‌ها و ارزیابی دقیق‌تر از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. پیش از تحلیل، ابتدا پیش‌فرض‌های کوواریانس تک‌متغیری مورد بررسی قرار گرفت. آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی توزیع نرمال داده‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که داده‌ها در توزیع نرمال قرار دارند ($p > 0/05$). به منظور بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون افسردگی

همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($F_{(1,46)} = 1/07, p = 0/30$). جهت بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون از معناداری تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض مورد نظر نیز برقرار است ($F = 0/84, p = 0/36$)؛ بنابراین، با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیری انجام این آزمون بلامانع است و در ادامه در جدول ۳، نتایج آن برای متغیر افسردگی گزارش می‌شود.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری افسردگی

متغیر	منبع	SS	Df	MS	F	p	مجذور اتا	توان آزمون
افسردگی	الگوی تصحیح شده	۰/۱۰	۱	۰/۱۰	۰/۰۳	۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵۴
	پیش‌آزمون	۸۹/۷۰	۱	۸۹/۷۰	۳۰/۲۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۱
	گروه	۱۱۲/۹۳	۱	۱۱۲/۹۳	۳۸/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱
	خطا	۱۳۳/۴۵	۴۵	۲/۹۶				
	کل	۷۳۸۸	۴۸					

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر گروه بر متغیر افسردگی معنادار است ($F_{(1,46)} = 38/05, p < 0/001, \eta^2 = 0/45$) و در نتیجه بین دو گروه در میزان افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد و میزان اثربخشی آن نیز ۰/۴۵ است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده پس‌آزمون گروه آزمایش در افسردگی (۱۰/۵۹) و میانگین گروه گواه (۱۳/۶۵) بود که با توجه به آماره F در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی بر کاهش افسردگی نوجوانان مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تدوین برنامه خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی بر اساس فرهنگ ایرانی و تعیین اثربخشی آن بر کاهش افسردگی نوجوانان

بود. نتایج حاکی از مطلوب بودن این برنامه درمانی با توجه به نظر متخصصان و اثربخش بودن آن بر کاهش افسردگی نوجوانان بود. در بررسی پیشینه، پژوهشی که به بررسی و تدوین برنامه خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی بر اساس فرهنگ ایرانی پرداخته باشد، یافت نشد. اما، چند مورد که مربوط به طراحان و تدوین‌کنندگان این برنامه در خارج از کشور است، یافت شد. از جمله در پژوهشی با راهنمایی لیدل از روش تغییر در دلبستگی، این فرآیند به ساخت و عملیاتی‌سازی پنج وظیفه درمانی مشخص منجر شد که به عنوان چارچوب بالینی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی به خدمت گرفته شدند (۲۸). این وظایف نقشه راه ایده‌آلی را برای هدایت روند کلی درمان در جلسات، فراهم می‌سازند (۲۹).

علاوه بر توجه به محتوا و ساختار برنامه، از لحاظ مفهوم بومی‌سازی و انطباق فرهنگی، با یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگ بود (۱۵) که به دلیل

روابط پیچیده فرد با جامعه و فرهنگ، بررسی تأثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی رفتار آدمی را پژوهشگران ضروری دانسته و اظهار داشته‌اند که برخی از رفتارها بدون توجه به فرهنگ هر جامعه‌ای می‌تواند نابهنجار تلقی شود، درحالی‌که جزء فرهنگ آن جامعه است و با یافته‌های پژوهشی که بیان می‌کند عوامل فرهنگی- اجتماعی نقش مهمی در سبب‌شناسی، ساختار، و درمان اختلالات روانی دارند و از لحاظ نظری، فرهنگ عامل تعیین‌کننده‌ای برای مرز بین سلامت و بهنجاری است، همخوانی دارد (۱۶). همچنین مقوله بومی‌سازی و توجه به مفهوم فرهنگ برای افزایش اثربخشی درمان‌های روانی باید به نیازهای فرهنگی و اجتماعی هر جامعه‌ای توجه داشت و درمان با نیازهای فرهنگی مراجعان هم‌راستا باشد، همخوانی داشته (۳۴) و با یافته‌های پژوهشی که معتقدند روان‌شناسان و درمانگران باید به فرهنگ مراجعان خود توجه کنند و با توجه به آن تکنیک‌ها و جلسات درمانی را اجرا نمایند، همخوانی دارد (۳۵) و با یافته پژوهشی که دریافتند درمانگران باید توجه داشته باشند که فرهنگ می‌تواند بر چگونگی بروز علائم روانی، مقابله بر مشکلات روانی و تمایل افراد برای درمان اثر بگذارد نیز همسو است (۳۶).

بنابراین، بررسی نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن بود که اساس این برنامه درمانی بر مبانی نظریه دلبستگی استوار است که با نتایج پژوهش حاضر هماهنگ است و برنامه بومی تدوین شده در چارچوب و مبانی با برنامه خارجی هماهنگ بوده و تنها در برخی از مؤلفه‌ها و شاخص‌های برنامه تغییراتی را بر اساس فرهنگ ایرانی در برداشته است. در راستای تبیین این یافته باید گفت با توجه به ارتباط میان فرهنگ و اثربخشی روان‌درمانی در حرفه روان‌شناسی و وابستگی اثربخشی روان‌درمانی به ارزش‌های مراجع و حتی به ارزش‌ها و سیستم فکری فرهنگ، یک جامعه، برنامه درمانی باید با بافت فرهنگی افراد جامعه منطبق باشد؛ بنابراین، شاید بتوان گفت، نخستین گام در برنامه درمانی، فهم دیدگاه مراجعان درباره خودشان، مشکل، انتظارات از درمان و پیامدهای مطلوب درمانی است. اگر ما ندانیم که مراجع از چه فرهنگی می‌آید و به چه ارزش‌هایی پایبند است، شانس کمی برای طرح‌ریزی یک برنامه درمانی مؤثر خواهیم داشت. افزایش دانش درباره مفاهیم کلی فرهنگی، نظریه‌ها، مدل‌ها و روی‌آورد‌های درمانی می‌تواند برنامه‌های درمانی ما را بهبود ببخشد؛ بنابراین، با توجه به

این مطالب، می‌توان تغییرات و اصلاحات انجام شده در برنامه بومی را بر اساس فرهنگ ایرانی و همچنین ضرورت بومی‌سازی آن را توجیه نمود. از سوی دیگر مطالعات (۲۷-۲۴، ۲۱) نیز همسو با یافته‌های پژوهش در زمینه اثربخشی درمان خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی بر کاهش افسردگی بودند. در تبیین اثربخشی مداخله در کاهش افسردگی می‌توان بیان کرد که فرضیه زیربنایی خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی این است که تعاملات اعضای خانواده می‌تواند در مواردی که صدمات دلبستگی وجود دارد، عملکرد ترمیمی داشته باشد. ایجاد موقعیت‌هایی که دلبستگی ایمن را بالا ببرد (برای مثال تعامل مثبت بین نوجوان و والدین) می‌تواند از طریق گفتگوهای اعضای خانواده که مستقیماً تجربه ضربه روانی (تروما) و احساس مورد بی‌عدالتی قرار گرفته شدن را بیان می‌کنند، بازسازی شود. این عملکرد بازسازی بر این اصل استوار است که سبک‌های دلبستگی، تحت تجربه‌های جدید در طول زندگی همیشه قابل بازسازی هستند (۳۱). در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت با توجه به این که سبک‌های دلبستگی به عنوان یک منبع درون‌فردی عامل تعدیل‌کننده سطوح تنش و ناتوانی فرد در شرایط ناگوار به شمار می‌رود (۱) و خانواده مهم‌ترین نهاد در تحول نوجوانان بوده و تحول نوجوانان به آن وابسته است (۳). همچنین نوجوانی، به عنوان یک دوره مهم توأم با تغییرات جسمانی، عاطفی و اجتماعی و مواجهه نوجوان با آسیب‌ها و خطرات جدی از جمله افسردگی است (۴ و ۵) و افسردگی نیز عامل مهمی در پیدایش ناتوانی مرتبط با سلامت در بین نوجوانان است (۵)، برنامه خانواده‌درمانی مبتنی بر دلبستگی تدوین شده بر اساس فرهنگ ایرانی توانسته است به عنوان یکی از روش‌های درمانی، در کاهش افسردگی و اضطراب کودکان و نوجوانان مؤثر باشد.

با وجود این مطالب، مطالعه حاضر محدودیت‌هایی را در برداشته است. با توجه به شرایط کرونایی، عدم امکان آموزش و درمان به صورت فردی بود که احتمال کاهش دقت بررسی و درک مشکلات مراجع و اثربخشی مداخله را ممکن می‌سازد. همچنین به جهت شرایط زمانی استفاده از روش نمونه‌گیری، غیرتصادفی بود که می‌تواند در تعمیم نتایج تأثیر گذار باشد و از دیگر محدودیت‌های این پژوهش، عدم امکان برگزاری جلسات درمانی به صورت حضوری برای افراد مورد مطالعه (نوجوانان و والدین‌شان) بود. با توجه به محدودیت اجرای پژوهش در

شرایط کرونایی، اجرای مطالعات مشابه همراه با ارائه آموزش و ارزیابی دقیق‌تر مشکلات احتمالی افراد گروه مورد مطالعه به صورت حضوری پیشنهاد می‌شود. همچنین از آنجا که در این پژوهش، از روش درمان گروهی استفاده شد، پیشنهاد می‌شود که این شیوه درمانی به صورت فردی نیز مورد بررسی قرار گیرد تا میزان دقت و درک از مشکلات نوجوان و اثربخشی درمان افزایش یابد همچنین با توجه به محدودیت روش نمونه‌گیری غیر احتمالی در این پژوهش، پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی شهرها و استان‌های بیشترین فرهنگ‌های مختلف در سطح کشور مورد بررسی قرار گیرند تا قدرت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. همچنین اثربخشی برنامه درمانی بومی‌شده در دو جنس پسر و دختر مورد مقایسه قرار گیرد و نیز سایر نشانه‌های روان‌شناختی نوجوانان و مقایسه تأثیر این برنامه با دیگر درمان‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده یکم در رشته روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی است که در تاریخ ۱۴۰۱/۶/۲۵ با موفقیت

دفاع شد. مجوز علمی این مطالعه توسط دانشگاه علامه طباطبائی طی نامه شماره ۳۰۲۵۶۴۱ در تاریخ ۱۳۹۷/۴/۲۰ صادر شد. همچنین ملاحظات اخلاقی مندرج در راهنمای انتشار انجمن روان‌شناسی آمریکا و کدهای اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی ایران مانند اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، دریافت رضایت کتبی از افراد نمونه، و نظایر آن در این پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی: پژوهش حاضر بدون هیچ گونه حمایت مالی از جانب سازمان خاصی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: در پژوهش حاضر نویسنده یکم در نگارش و ایده‌پردازی مقاله، نویسندگان دوم و سوم به عنوان استادان راهنما در بررسی مقاله و رفع ایرادات و نویسندگان چهارم و پنجم به عنوان استاد مشاور در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها نقش داشتند.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض در منافع را به دنبال نداشته است و نتایج آن به صورت کاملاً شفاف و بدون سوگیری، گزارش شده است.

در دسترس بودن داده‌ها: داده‌های این مقاله در دسترس نویسنده مسئول قرار دارد. **رضایت برای انتشار:** انتشار این مقاله با رضایت کامل تمامی نویسندگان انجام شده است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی استادان رشته روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه‌های گیلان و علامه طباطبائی تهران و مشاوران مراکز مشاوره شهر رشت که در بررسی محتوای برنامه درمانی نقش داشتند، تقدیر و تشکر کنند.

References

1. Naebi-Nyia A, Salary P, Modares M. Studying the relationship between adult attachment style to parents with stress, anxiety and depression. *J FundamMent Heal*. 2011;13(50):194–202. [Link]
2. Shahabizadeh F, Mazaheri MA. Perceived childhood attachment, family functioning and relodious coping. *JIP*. 2012;8(31):221–34. [Link]
3. Li Y, Shi X, McReynolds LS, Tang H, Chen H, Wang T, Zhang Y, Geng F, Fan F, and Hoven CW. Depressive symptoms between parent and adolescent survivors: a longitudinal actor-partner interdependence model. *J Affect Disord*. (2020) 265:139–45. [Link]
4. Shi J, Tao Y, Yan C, Zhao X, Wu X, Zhang T, et al. A study on the correlation between family dynamic factors and depression in adolescents. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2023 Jan 1;13. [Link]
5. Korczak DJ, Lo RF, JalaRizeq, Crosbie J, Charach A, Anagnostou E, et al. The Trajectory of Depression and Anxiety among Children and Adolescents over Two Years of the COVID-19 Pandemic. *MedRxiv* (Cold Spring Harbor Laboratory). 2023 Oct 5. [Link]
6. Wright I, Mughal F, Bowers G, Meiser-Stedman R. Dropout from randomised controlled trials of psychological treatments for depression in children and youth: a systematic review and meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Feb; 281:880–90. [Link]
7. Dwyer JB, Stringaris A, Brent DA, Bloch MH. Annual Research Review: Defining and treating pediatric treatment-resistant depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2020 Feb 4;61(3):312–32. [Link]
8. Fitzpatrick SJ, Gallagher K, Banfield M, Gulliver A, Caele AL, Conroy S, et al. At arm's length: A qualitative study of suicide prevention barriers among those experienced with suicide loss. *SSM - Qualitative Research in Health*. 2023 Dec 1; 4:100318–8. [Link]
9. Lu B, Lin L, Su X. Global burden of depression or depressive symptoms in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2024 Jun 1; 354:553–62. [Link]
10. Shorey S, Ng ED, Wong CH. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022 Jun;61(2):287-305. [Link]
11. Diamond GS. Attachment-based family therapy for depressed and anxious adolescents. In: *Handbook of clinical family therapy*. Hoboken, NJ: Wiley; 2005. p. 17–41. [Link]
12. Sadri M, ZareBahramabadi M, Ghiasi M. Effectiveness of Attachment-Oriented Therapy on the Quality of Attachment and Social Skills in Children with Oppositional Defiant Disorder. *J Child Ment Heal*. 2016;3(2):21–30. [Link]
13. Bettmann JE, Tucker AR. Shifts in Attachment Relationships: A Study of Adolescents in Wilderness Treatment. *Child Youth Care Forum*. 2011;40(6):499–519. [Link]
14. Urquiza AJ, Blacker D. Parent-Child Interaction Therapy for Sexually Abused Children. *Handbook of child sexual abuse: Identification, assessment, and treatment* 2011, p. 279-296. [Link]
15. Alarcón RD. Culture, cultural factors, and psychiatric diagnosis: review and projections. *World psychiatry*. 2009;8(3):131–9. [Link]
16. Jacob KS. DSM-5 and culture: The need to move towards a shared model of care within a more equal patient–physician partnership. *Asian J Psychiatr*. 2014; 7:89–91. [Link]
17. Diamond G, Siqueland L, Diamond GM. Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: Programmatic Treatment Development. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2003;6(2):107–27. [Link]
18. Diamond GS, Diamond GM, Levy S. Attachment-based family therapy for depressed adolescents. Washington, DC: American Psychological Association; 2014. [Link]
19. Johnson SM, Whiffen VE, editors. Attachment processes in couple and family therapy. *Attachment processes in couple and family therapy*. New York, NY, US: Guilford Press; 2003. xvii, 411–xvii, 411. [Link]
20. Diamond GS, Russon J, Levy S. Attachment-Based Family Therapy: A Review of the Empirical Support. *Diamond, G, Russon, J, Levy, S*. 2016;55(3):595–610. [Link]
21. Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: A Treatment Development Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002 Oct;41(10):1190–6. [Link]
22. Azizi D, Khanjani Z, Bakhshipour A. Relationship between childhood maltreatment and body image concerns in female adolescents: the mediating role of attachment styles and depression. *J Child Ment Heal*. 2024; 11(2): 34-51. [Link]
23. Motevally Joybari F, Bakhshipour Joybari B, Abbasi G. Compare the effectiveness of maternal training based on attachment-based intervention and cognitive-behavioral intervention on multiple dimensions of anxiety in children with separation anxiety disorder. *J Child Ment Heal*. 2024; 11(4): 69-90. [Link]
24. Israel P, Diamond GS. Feasibility of Attachment Based Family Therapy for depressed clinic-referred Norwegian adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2012 Aug 28;18(3):334–50. [Link]
25. Shpigel MS, Diamond GM, Diamond GS. Changes in Parenting Behaviors, Attachment, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation in Attachment-Based Family Therapy for Depressive and Suicidal Adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2012 Apr 3;38(1):271–83. [Link]
26. Van der spek N, Dekker W, Peen J, Santens T, Cuijpers P, Bosmans G, et al. Attachment-Based Family Therapy for Adolescents and Young Adults with Suicide Ideation and Depression. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2023 Aug 30; 45:1, 48-56. [Link]

27. Goudarzi, S., Gholamalilavasani, M., Amirimajd, M. Comparison of the effectiveness of attachment and Emotion based family therapy program on depression in gifted adolescents. Medical journal of mashhad university of medical sciences, 2020; 63(1): 2238-2248. [\[Link\]](#)
28. Liddle HA. Conceptual and clinical dimensions of a multidimensional, multisystems engagement strategy in family-based adolescent treatment. Psychother Theory, Res Pract Train. 1995;32(1):39-58. [\[Link\]](#)
29. Bowlby J. Attachment and loss: retrospect and prospect. Am J Orthopsychiatry. 1982;52(4):664-78. [\[Link\]](#)
30. Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002;41(10):1190-1196. [\[Link\]](#)
31. Forrest GM. Attachment, Anxiety, and Depression: A Study of Women in Residential Treatment with their Children at the Susan B. Anthony Recovery Center. Nova Southeastern University, Florida, USA.; 2014. [\[Link\]](#)
32. Liddle HA, Rowe CL, Dakof GA, Henderson CE, Greenbaum PE. Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2009;77(1):12-25. [\[Link\]](#)
33. Shpigel MS, Diamond G., Diamond GS. Changes in Parenting Behaviors, Attachment, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation in Attachment-Based Family Therapy for Depressive and Suicidal Adolescents. J Marital Fam Ther. 2012;38:271-83. [\[Link\]](#)
34. Hwang WC, Myers HF, Abe-Kim J, Ting JY. A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: The cultural influences on mental health (CIMH) model. Clin Psychol Rev. 2008;28(2):211-27. [\[Link\]](#)
35. Bernal G, Scharrón-del-Río MR. Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities? Toward an alternative approach for treatment research. Vol. 7, Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology. Bernal, Guillermo: U Puerto Rico, University Ctr for Psychological Services & Research, Dept of Psychology, PO Box 23174, San Juan, PR, US, 00931-3174, gbernalupracd.upr.clu.edu: Educational Publishing Foundation; 2001. p. 328-42. [\[Link\]](#)
36. Sam DL, Moreira V. Revisiting the Mutual Embeddedness of Culture and Mental Illness. Online Readings Psychol Cult. 2012;10(1-20). [\[Link\]](#)
37. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the depression and anxiety inventories. Behaviour Research and Therapy [Internet]. 1995 Mar;33(3):335-43. [\[Link\]](#)
38. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. Iran Psychol. 2005;4(1):299-313. [\[Link\]](#)