

April-May 2022, Volume 10, Issue 1

[10.22034/IJPN.10.1.106](https://doi.org/10.22034/IJPN.10.1.106)

Comparison of the Effectiveness of Short-term Intensive Dynamic Psychotherapy and Metallization-based Therapy on Emotional Dysregulation, Defense Mechanisms and Insecure Attachment Styles in Women Who Have Experienced the Trauma of Marital Infidelity

Sara Shams¹, Nahid Ghelichkhan^{2*}, Nafiseh yousefi³, Sareh alijani⁴

1- PhD Student in Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran.

2- Master of Clinical Psychology, Saveh Branch Azad University, Saveh, Iran.

3- M.A Department of Psychology, Qom Branch Azad University, Qom, Iran.

4- Master of General Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Nahid Ghelichkhan, Master of Clinical Psychology, Saveh Branch Azad University, Saveh, Iran.

E-mail: n.ghelichkhan@gmail.com

Received: 30 Jan 2022

Accepted: 19 April 2022

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy and mentalization-based therapy on emotional dysregulation, defense mechanisms, and insecure attachment styles in women who have experienced the trauma of marital infidelity.

Methods: the method of the present study was quasi-experimental with pre-test, post-test, and no follow-up period. From 25 to 45 years old women with have experienced the trauma of marital infidelity in Karaj in 2021, 45 people were selected by available sampling and randomly assigned to three groups received (15 people in each group). The research tool included a scale of Adult Attachment Styles, the Emotion Regulation Difficulty Scale, and the Defensive Style Questionnaire. On group received short-term intensive psychodynamic therapy (15 sessions of one and a half hours). And one group received metallization-based therapy (20 sessions of one and a half hours). The control group was placed on a waiting list and did not receive any intervention during the study.

Results: The results showed that both interventions had a significant effect on emotional dysregulation, defense mechanisms, and insecure attachment styles compared to the control group. The results also showed that metallization-based therapy is more significant in reducing underdeveloped defense styles than short-term intensive psychotherapy.

Conclusions: The results showed that in addition to the effectiveness of both treatments in the mentioned components, metallization-based therapy, in competition with short-term intensive psychodynamic therapy is more significant in reducing underdeveloped defense styles.

Keywords: Short-term intensive psychodynamic therapy, Metallization-based therapy, Emotional dysregulation, Defense mechanisms, Insecure attachment styles, Infidelity.



مقایسه اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم های دفاعی و سبک های دلبستگی ناایمن در زنان دارای تجربه ترومای خیانت زناشویی

سارا شمس^۱، ناهید قلیچ خان^{۲*}، نفیسه یوسفی^۳، ساره علیجانی^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران.

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد ساوه، ساوه، ایران.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد قم، قم، ایران.

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: ناهید قلیچ خان، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد ساوه، ساوه، ایران.
ایمیل: n.ghlichkhan@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱/۳۰

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم های دفاعی و سبک های دلبستگی ناایمن در زنان دارای تجربه ترومای خیانت زناشویی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون بدون دوره پیگیری بود. از زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله دارای تجربه ترومای خیانت زناشویی در شهر کرج در سال ۱۴۰۰ تعداد ۴۵ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسالان، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان و پرسشنامه سبک دفاعی بودند. یک گروه درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت (۱۵ جلسه یک و نیم ساعته) و یک گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی (۲۰ جلسه یک و نیم ساعته) را دریافت کردند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت و حین اجرای پژوهش مداخله ای دریافت نکرد. **یافته ها:** نتایج نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی معناداری بر مولفه های بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم های دفاعی و سبک های دلبستگی ناایمن دارند. همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی در مقایسه با درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت در کاهش سبک های دفاعی رشد نیافته معناداری بیشتری دارد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که علاوه بر اثر بخشی هر دو درمان در مولفه های مذکور، درمان مبتنی بر ذهنی سازی در رقابت با درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت، معناداری بیشتری در کاهش سبک های دفاعی رشد نیافته دارد. **کلیدواژه ها:** روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم های دفاعی، سبک های دلبستگی ناایمن، خیانت.

مقدمه

انواع تروماها از جمله سواستفاده، تعدی و خشونت می‌تواند اثرات آسیب‌زایی داشته باشند. با این حال تروماهایی که در زمینه روابط بین‌فردی رخ می‌دهد، بخصوص خیانتی که به دلیل نقض مفروضات اساسی در روابط بین‌فردی و اجتماعی ایجاد می‌شود، می‌تواند خسارات زیان‌بار و بعضاً جبران‌ناپذیری به همراه داشته باشد (۱). تئوری ترومای خیانت (۲، ۳) بر ماهیت رابطه بین قربانی و آزادنده تأکید می‌کند. بیرل و فرید دریافت‌اند که آسیب‌های رابطه‌ای-شامل خیانت به پیوندهای مهم- بسیار بیشتر می‌باشند و با علائم افسردگی، اضطراب و سایر پریشانی‌های روانشناختی مرتبط هستند (۴). یکی از انواع تجربه ترومای خیانت، خیانت زناشویی است که به هر گونه رابطه جنسی یا عاطفی فراتر از چارچوب رابطه متعهدانه همسر اطلاق می‌گردد (۵). در مورد میزان خیانت زناشویی در ایران آمار دقیقی وجود ندارد و این امر به منزله نبود این معضل اجتماعی نیست. امروز شاهد افزایش تعداد فزاینده‌ای از مراجعان در این زمینه هستیم. متأسفانه در فرهنگ ایرانی خیانت مردان قابل قبول‌تر از زنان است و این موضوع فشار و آسیب‌های روانی بیشتری را برای زنان به همراه دارد.

به سبب آسیب‌های روانشناختی ناشی از خیانت (۶)، نظریه خیانت به پویایی خیانت، که مهارکننده آگاهی و پردازش‌های شناختی و هیجانی هستند، پرداخته است. به عبارتی عواملی مثل گسستگی، بی‌حسی و ناگویی هیجانی ممکن است به قربانیان کمک کند تا آگاهی از اطلاعات مربوط به تجربه تروماتیک را کاهش دهند (۱، ۳). لذا می‌توان به یکی از این پردازش‌های هیجانی یعنی بدن‌تنظیمی هیجانی اشاره نمود. زوج‌هایی که خیانت را تجربه کرده‌اند غالباً کاکرد ضعیف‌تری در روابط زناشویی، اختلال شناختی و بهم ریختگی هیجانی شدیدتری نسبت به کسانی که ترومای خیانت تجربه نکرده‌اند، گزارش می‌کنند (۷). پژوهش‌های روان‌درمانی نشان می‌دهند زنانی که خیانت را تجربه می‌کنند اغلب احساساتی مثل خشم، عزت‌نفس پایین و افسردگی و درماندگی را تجربه می‌کند (۸). بنابراین برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تنظیم هیجانی افرادی که پدیده خیانت زناشویی را تجربه می‌کنند نیز با دشواری‌هایی مواجه می‌شوند و میل به استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان بر آثار سوء روانی ناشی از این تجربه

می‌افزاید (۹). نظم هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی بکار می‌روند. نارسایی در نظم‌جویی هیجانی نیز با اختلالات روانی همراه است (۱۰). بنابراین به طور کلی پژوهش‌ها نشان داده که پیامدهای زیان‌بار خیانت می‌تواند مدت طولانی و شاید برای همیشه دوام داشته باشد، مگر اینکه فرد خیانت دیده درمان مناسبی دریافت نماید (۱۱)؛ از این رو انجام درمان‌های مناسب برای این افراد بیش از پیش ضرورت می‌یابد. با توجه به اینکه افراد دارای تجربه خیانت از عواملی مثل گسستگی، بی‌حسی هیجانی جهت کاهش آگاهی از اطلاعات تروماتیک استفاده می‌کنند؛ لذا مولفه مکانیسم‌های دفاعی راهبرد دیگری است که این افراد هنگام مواجهه با ترومای خیانت بکار می‌برند. مکانیسم‌های دفاعی به صورت هشیار و ناهشیار سطح پردازش شناختی و هیجانی فرد را تحت تأثیر قرار داده و در صورت ناسازگارانه بودن موجب آشفتگی در سیستم هیجانی فرد می‌شود. طبق تعریف مکانیسم‌های دفاعی، این فرایندها برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی یا بیرونی از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدید کننده عمل می‌کند (۱۲). سازوکارهای دفاعی می‌توانند ادراک هیجانی را تغییر دهند؛ زیرا توجه و دقت ما را به واقعیت، تحریف و ما را از توجه به آن دور می‌کنند (۱۳). بنابراین شناخت نقش این مولفه در زنان دارای تجربه ترومای خیانت می‌تواند مسیری به سوی شناخت و درک بهتر مشکلات و سازگاری‌های درون‌فردی و بین‌فردی بعد از تجربه ترومای خیانت بگشاید.

همچنین برخی پژوهش‌ها از جمله اوکوی و همکاران (۱۴) به رابطه گرایش به خیانت و سبک‌های دلبستگی نایمن اشاره نمودند. نظریه دلبستگی از پژوهش‌های بالبی (۱۵) درباره رابطه بین نوزادان و مراقبان اولیه آن‌ها ناشی می‌شود. بالبی معتقد است ماهیت این رابطه‌ی صمیمی اولیه، ماهیت روابط صمیمی یک فرد در سرتاسر زندگی او را تعیین می‌کند. هزن و شیور (۱۶) نظریه دلبستگی بزرگسالان را بنیان نهادند تا تشریح کنند که چگونه دلبستگی اولیه بین کودک و مراقب اولیه او، منجر به تفاوت‌های فردی در ابعاد روان‌شناختی (شناخت و هیجان) و اجتماعی و نیز انتظارات فرد نسبت به روابط عاطفی می‌شود. بنابراین موفقیت یک رابطه خاص بستگی به این دارد که آیا هر یک از اعضای زوج اعتماد دارد که شریکش می‌تواند

پیوند عاطفی خود را در بزرگسالی و زندگی فعلی حفظ کند و ظرفیت پذیرش واقعیت‌های زندگی‌شان افزایش یابد. در ایران پژوهش نبی‌زاده و همکاران (۲۸) اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت را بر روی سبک‌های دفاعی نشان داده‌اند. پژوهش‌های مرادزاده خراسانی و همکاران (۲۹) نیز اثربخشی این رویکرد بر تنظیم هیجان را نشان داده‌اند.

از سوی دیگر یکی از رویکردهایی که به نظر می‌رسد برای کاهش سبک‌های دلبستگی ناایمن، مکانیسم‌های دفاعی و بدتنظیمی هیجانی در زنان خیانت دیده موثر واقع می‌شود، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نوعی دیگر از روان‌درمانی‌های پویایی می‌باشد که توسط بتمن و فوناگی ابداع شده است. این الگوی درمانی، مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریه دلبستگی بالبی و ذهنی‌سازی. ظرفیت ذهنی‌سازی یک رویکرد بازتابی تلقی می‌شود و نوعی توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین‌فردی در دوران کودکی بخصوص روابط دلبستگی به دست می‌آید و زیربنای رفتارهای آشکار است. پژوهش‌ها کمبودهایی در افراد در زمینه ظرفیت ذهنی‌سازی را با سبک‌های دلبستگی ناایمن مرتبط دانسته‌اند (۳۰). هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمانجو برای بازنمایی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (۳۱). حالات غیرذهنی‌سازی ارتباط نزدیکی با بدتنظیمی هیجانی دارد (۳۲). برونی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که مهارت‌های ذهنی‌سازی با کیفیت مراقبت‌های والدینی و آسیب‌های دوران کودکی ارتباط دارد (۳۳). براساس مدل رشد فوناگی و تارگت (۳۴) در بافتی که در آن والدینی امن و علاقه‌مند به ذهن و ذهنیت کودک حضور دارند به رشد خود و تنظیم هیجان و در نتیجه ایجاد خودی انعکاس‌گر، اندیشمند و توانمند برای ذهنی‌سازی کمک می‌کنند. سطوح بالای ذهنی‌سازی با تاب‌آوری در برابر شرایط تروماتیک و توانایی بهره‌گیری از یک دیدگاه متفاوت در نتیجه ناملايمات مرتبط می‌باشد. به علاوه بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی و کاهش استرس بین‌فردی در نتیجه این درمان موجب می‌شود که افراد تروماتایز از مکانیسم‌های دفاعی نوروپیک و رشدنیافته کمتر استفاده نمایند. درواقع می‌توان گفت که افراد تروماتایز که در شرایط استرس‌زا به دلیل سبک دلبستگی ناایمن،

آن نیازها را برآورده کند (۱۷). پژوهش‌ها نشان داده که دلبستگی ایمن با رضایت زناشویی بیشتر و دلبستگی ناایمن با خیانت زناشویی رابطه دارد (۱۸). پژوهش‌ها نشان داده که سبک‌های دلبستگی ناایمن گرایش افراد به خیانت زناشویی را پیش‌بینی می‌کند و افراد دارای سبک‌های دلبستگی ایمن تمایل کمتری به خیانت زناشویی دارند (۱۹). (۲۰).

یکی از روش‌های درمانی موثر در جهت بهبود سبک‌های دلبستگی ناایمن، مکانیسم‌های دفاعی و بدتنظیمی هیجانی بعد از تجربه ترومای خیانت در زنان خیانت دیده، روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت می‌باشد. روان‌درمانی‌های پویایی کوتاه‌مدت، از طریق فعالیت‌های مالان، سیفنیوس، دوانلو، پولاک، هورنر و دی‌جانگ تکامل یافت (۲۱). در روان‌درمانی پویایی ریشه اختلالات روانی تعارضات هیجانی است و فرض می‌شود که از تجربیات اولیه فرد برمی‌خیزد. در این رویکرد نیز تلاش پیوسته درمانگر برای تجربه عمیق هیجانی به عنوان عنصری شفا بخش است (۲۲، ۲۳). درمانگر با این رویکرد به مراجعان کمک می‌کند تا بر اضطراب و اجتناب‌های دفاعی خود غلبه کند، در طی این فرایند مراجع می‌آموزد تا هیجان‌های طاقت‌فرسا و غیر قابل تحمل خود را تجربه کند و بتواند احساسات دردناک از زخم‌های گذشته‌اش را تحمل کند و به تنظیم هیجان‌اتش بپردازد. در نتیجه این فرایند، از علائم و رفتارهای دفاعی مراجع کاسته می‌شود (۲۴). بر این اساس درمان با رویکرد روان‌پویایی به بهترین وجه به افراد کمک می‌کند تا با استفاده از شیوه‌های متنوع گوش دادن امکان استنباط احساسات و افکار نیمه‌هشیار و ناهشیار فراهم شود (۲۵). مطابق نظریه روان‌پویایی، گفته می‌شود که در انسان همانندی هیجان‌ها با اضطراب شرطی شده به دلیل ترومای دلبستگی می‌تواند منجر به بدتنظیمی هیجانی شود (۲۶). به علاوه دفاع‌ها می‌تواند هیجان‌ات تنظیم نشده را ایجاد کرده و نگه‌داری کنند. نظریه روان‌پویایی بر این باور است که در تجارب اولیه با مراقبان، فرد یاد می‌گیرد احساسات منفی و آسیب‌زا را با مکانیسم‌های دفاعی پوشش دهد تا از رابطه خود با موضوع دلبستگی محافظت کند (۲۷). در رویکرد ISTDP فضایی امن و رابطه عمیق درمانی برای مراجعان فراهم می‌گردد تا این نیازها و هیجان‌ات سرکوب شده به صورتی اصیل تجربه و به زبان آورده شود و با رهایی از عادات خودکار و سرکوب هیجان‌ات،

مهارت‌های ذهنی‌سازی خود را ازدست می‌دهند به راه‌های که کودکان خردسال قبل از رشد ظرفیت‌های ذهنی‌سازی خود رفتار می‌کردند متوسل می‌شوند که درواقع حالات پیش‌ذهنی‌سازی (غایت‌شناسی، هم‌ارزی روانی و حالات وانمودی) است (۳۲). در ایران پژوهش‌های عینی و همکاران (۳۵،۳۶) اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مکانیسم‌های دفاعی و قدرت ایگو و سبک‌دلبستگی نایمن در افراد مرزی را نشان داده‌اند پژوهش‌های بشرپور و عینی (۳۷) نیز اثربخشی این درمان را بر روی بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری بر روی افراد PTSD نشان داده‌اند.

با توجه به اینکه در ایران آمار دقیقی از خیانت زناشویی به دلایل مختلف اجتماعی و فرهنگی وجود ندارد و امروز شاهد افزایش تعداد فزاینده‌ای از مراجعان در این زمینه هستیم و به علاوه به سبب آسیب‌های روان‌شناختی ناشی از خیانت، شناخت درمان‌های مناسب و مرتبط با ترومای خیانت و بخصوص در زنانی که بیشتر در معرض این معضل هستند، ضروری به نظر می‌رسد، بنابراین با توجه به کمبودهای پژوهشی در زمینه پیامدهای روان‌شناختی ناشی از تجربه خیانت و به علاوه به سبب کاربرد درمان‌های روان‌پویشی (روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) بر روی موضوعاتی ازجمله مکانیسم‌های دفاعی، بدتنظیمی هیجانی و ترومای دلبستگی و نبود پژوهشی که به مقایسه این دو روش درمانی جهت اخذ مناسب‌ترین رویکرد درمانی در زنان دارای تجربه خیانت پرداخته باشد؛ لذا هدف پژوهش حاضر در جهت مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های دلبستگی نایمن در زنان دارای تجربه ترومای خیانت زناشویی انجام پذیرفت.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون بدون دوره پیگیری بود. از زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله دارای تجربه ترومای خیانت زناشویی در شهر کرج در سال ۱۴۰۰ تعداد ۴۵ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، میانگین سه پژوهش پیشین حجم نمونه موردنظر را تعیین نموده است (۸، ۱۰، ۱۴) و در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند. یک گروه درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت (۱۵ جلسه یک و نیم

ساعته) و یک گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (۲۰ جلسه یک و نیم ساعته) را دریافت کردند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت و حین اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. قبل و بعد از مداخلات هم از پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان، مقیاس مشکل در تنظیم هیجان و پرسشنامه سبک دفاعی استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن تجربه ترومای خیانت، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال، تحصیلات خواندن و نوشتن، تسلط به زبان رسمی، گذشتن مدت زمان ازدواج حداقل پنج سال، عدم بودن تحت مراقبت‌های روان‌پزشکی و مصرف دارو. حین جلسات روان‌درمانی و تکمیل فرم رضایت نامه درمان. ملاک‌های خروج شامل: عدم تمایل به ادامه درمان و اقدام به طلاق. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش به شرح ذیل می‌باشد.

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان (AAI): مقیاس دلبستگی بزرگسال، که با استفاده از مواد آزمون هازان و شیور (۳۸) ساخته و در مورد نمونه‌های دانشجویی، دانش‌آموزی و جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است (۳۹). سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۱، کم = ۲، متوسط = ۳، زیاد = ۴، خیلی زیاد = ۵) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های زیر مقیاس‌های ایمن، اجتناب و دوسوگرا در مورد یک نمونه (۱۴۸۰=۱؛ ۸۶۰ زن و ۶۲۰ مرد) برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۸، برای زنان ۰/۹۱، ۰/۹۰ و ۰/۸۷، و برای مردان ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس دلبستگی بزرگسال است. ضریب همبستگی بین نمره‌های یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۷۴، برای زنان ۰/۸۶، ۰/۸۲ و ۰/۷۵، و برای مردان ۰/۸۵، ۰/۸۱ و ۰/۷۳ محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی محتوایی مقیاس دلبستگی بزرگسالان با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندانال برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد.

و بیشترین نمره ۱۸۰ خواهد بود، نمره بالا نشان دهنده مشکلات تنظیم هیجانی است. گراتز و رومر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمای آن را در فاصله دو هفته‌ای ۰/۸۵ گزارش کردند. اعتبار ملاک همزمان پرسشنامه با مقیاس بک و پرسشنامه چند وجهی درد تایید شده است (۴۱). فتی و همکاران (۴۳) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه سبک دفاعی: پرسشنامه مکانیزم‌های دفاعی یک ابزار ۴۰ سوالی است که در مقیاس لیکرت ۹ درجه‌ای از (کاملاً مخالف ۱، تا کاملاً موافق ۹) نمره گذاری می شود که ۲۰ مکانیسم دفاعی را بر حسب سه سبک رشد یافته با سوالات ۲، ۳، ۵، ۷، ۲۱، ۲۴، ۲۹ و ۳۵؛ روان آورده با سوالات ۱، ۶، ۱۱، ۱۷، ۲۸، ۳۳، ۳۴ و ۴۰؛ رشد نایافته با سوالات ۴، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸ و ۳۹ می‌سنجد. نمره گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۹ درجه ای می باشد، به این صورت که کاملاً موافقم ۹ نمره، خیلی موافقم ۸ نمره، اندکی موافقم ۷ نمره، موافقم ۶ نمره، نظری ندارم ۵ نمره، مخالفم ۴ نمره، اندکی مخالفم ۳ نمره، خیلی مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می گیرد (۴۴). پرسشنامه سبک‌های دفاعی در ایران توسط حیدری نسب (۴۴) مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفته است. در پژوهش بشارت (۳۹) ضریب آلفای کرونباخ هر یک از سبک‌های رشد افته، رشد نایافته و روان آورده در نمونه ایرانی برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۷۴ و برای دانشجویان دختر ۰/۷۵، ۰/۷۴ و ۰/۷۴ به دست آمد که نشانه همسانی درونی رضایت‌بخش برای فرم ایرانی پرسشنامه سبک‌های دفاعی است. ضریب اعتبار بازآزمایی پرسشنامه سبک‌های دفاعی در تحقیق بشارت در دو نوبت به فاصله چهار هفته برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۲ به $I=$ آزمودنی‌های پسر و آزمودنی‌های دختر $I=0/84$ به دست آمد.

در (جدول ۱) خلاصه جلسات بر مبنای پروتکل روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت دوانلو (۴۵) ارائه شده است. این مداخله در ۱۵ جلسه یک و نیم ساعته اجرا گردید.

روایی همزمان مقیاس دلبستگی بزرگسال از طریق اجرای همزمان مقیاس‌های مشکلات بین شخصی و حرمت خود کوپرالسمیت در مورد یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها ارزیابی شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در سبک دلبستگی ایمن و زیر مقیاس‌های مشکلات بین شخصی همبستگی منفی معنادار (از $I=0/61$ ، $I=0/41$) و با زیر مقیاس حرمت خود همبستگی مثبت معنادار (از $I=0/39$ ، $I=0/41$) وجود دارد. بین نمره آزمودنی‌ها در سبک‌های دلبستگی ناایمن و زیر مقیاس‌های مشکلات بین شخصی همبستگی مثبت معنادار (از $I=0/26$ ، $I=0/45$) و با زیر مقیاس حرمت خود همبستگی منفی و اما غیر معنادار به دست آمد. این نتایج نشان‌دهنده روایی کافی مقیاس دلبستگی بزرگسال است. هازا و شیور (۳۸) پایایی بازآزمایی کل این پرسشنامه را ۰/۸۱ و کولینز و رید (۴۰) نیز پایایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آوردند. نتایج تحلیل عوامل توسط بشارت نیز با تعیین سه عامل سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا مقیاس دلبستگی را مورد تایید قرار داد (۳۹).

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان: مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) توسط گراز و رومر با هدف بررسی مشکلات تنظیم هیجان تدوین شده و دارای ۳۶ گویه است (۴۱). این ابزار که مقیاس خودگزارشی است. شش زیر مقیاس: ۶ مولفه عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی با سوالات ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵ و ۲۹؛ دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند با سوالات ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶ و ۳۳؛ دشواری کنترل تکانه با سوالات ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷ و ۳۲؛ فقدان آگاهی هیجانی (با سوالات ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷ و ۳۴؛ دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی با سوالات ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱ و ۳۵ و ۳۶؛ و فقدان شفافیت هیجانی با سوالات ۱، ۴، ۵، ۷ و ۹) را اندازه‌گیری می‌کند (۴۲). نمره گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه ای از تقریباً اصلاً تا تقریباً همیشه نمره گذاری می‌شود. به این صورت که اصلاً ۱ نمره، گاهگاهی ۲ نمره، تقریباً در نیمی از موارد ۳ نمره، بیشتر اوقات ۴ نمره و تقریباً همیشه ۵ نمره تعلق می گیرد. سوالات ۱، ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. بر این اساس کمترین نمره فرد در مقیاس، ۳۶

جدول ۱: جلسات بر مبنای پروتکل روان درمانی پویشی فشرده کوتاهمدت دوانلو (۴۵)

جلسات درمان	محتوای درمان
۱	در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویشی که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل بیمارمان پرداخته شد.
۲	در جلسه دوم در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی پیگیری انجام شده است. از این لحظه، یعنی جلسه دوم به بعد با توجه به روند در حال حرکت بین مثلث تعارض، شخص و نوع دفاعهای ۱۱ گانه بیمارمان، مداخلات مناسب و موثر مربوط به هر کدام به اجرا درآمده است؛ و این روند تا جلسات پایانی بسته به نوع دفاعهای بهکار گرفته توسط بیمار ادامه خواهد یافت. انواع دفاعهای تاکتیکی متداول و مداخلات موثر مربوط به هر کدام به طور خلاصه در ادامه بیان می گردد.
۳	کار با دفاعهای تاکتیکی واژه های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه های فراگیر - پوششی، مداخلات موثر؛ شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع
۴	بررسی واژه های تخصصی مورد استفاده بیمارمان، دفاعهای تاکتیکی گفتار غیر مستقیم و افکار مرضی و احتمالی. مداخله موثر: چالش با دفاعهای بیمارمان و تردید در دفاع.
۵	بررسی دفاع نشخوار ذهنی و دلیل تراشی. مداخله های موثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع و مسدود کردن دفاع.
۶	دفاعهای عقلانی سازی و کلیگویی و تعمیم دادن. مداخله های موثر: روش سازی، سد سازی، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.
۷	تاکتیکی های منحرف سازی و فراموش کردن. مداخلات موثر: مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع.
۸	انکار و تکذیب کردن، مداخلات موثر: روشن کردن تردید در دفاع و چالش با دفاع.
۹	بیرونی سازی و ابهام، مداخلات موثر: روشن کردن و چالش با دفاع
۱۰	طفره رفتن، تردید و سواسی: مداخلات موثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
۱۱	بدنی سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله موثر: روشن سازی.
۱۲	سرکشی، نافرمانی، مقدمه چینی و گریه دفاعی و طیف دفاعهای واپس رنده. مداخلات موثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی.
۱۳	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات، علائم غیر کلامی، تبعیت و انفعال، مداخلات موثر: روشن کردن، تردید در دفاع، چالش با دفاع، روشن کردن، چالش.
۱۴ و ۱۵	در دو جلسه آخر ضمن تحکیم دستاوردها، برنامه پیگیری و بخصوص زمان انجام پس آزمون اعلام و ضمن تشکر از بیمارمان، پایان جلسات اعلام شد.

در (جدول ۲) خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی این مداخله در ۲۰ جلسه یک و نیم ساعته اجرا شد. بر مبنای پروتکل بتمن وفونایگی (۴۶) ارائه گردیده است

جدول ۲: جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مبنای پروتکل بتمن وفونایگی ۲۰۱۶ (۴۶)

جلسات درمان	محتوای درمان
اول (ذهنی سازی و موضع ذهنی سازی یعنی چه؟)	بیان اهداف جلسات گروهی، تاکید بر حضور فعالانه اعضا در گروه، معرفی اعضای گروه و اینکه چرا به درمان ارجاع شده اند؟ توضیح جنبه های خاص، ابعاد و مزایای ذهنی سازی و تمایز آن با سوء تعبیرها از سوی درمانگر، ارائه تکلیف خانگی
دوم (مشکل داشتن با ذهنی سازی یعنی چه؟)	بیان اهداف جلسه (شاخص های ذهنی سازی ضعیف و خوب مشکلات در ذهن خوانی خود و دیگران / مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری / حساسیت بین فردی) شفاف سازی تفسیرهای شرکت کنندگان ارائه تکالیف خانگی
سوم (چرا ما هیجاناتی داریم و هیجانات اصلی کدامند؟)	بیان اهداف جلسه (هیجانات اصلی و اجتماعی / هیجانات اولیه و ثانویه) توصیف انواع هیجانات و تفاوت های فردی در کنترل هیجانات، ارائه تکالیف خانگی
چهارم (ذهنی سازی هیجانات)	بیان اهداف جلسه (چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات) تفسیر علامت های هیجانی درونی خود و دیگران / خود تنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند / احساسات غیر ذهنی سازی که بسیار ناراحت کننده هستند و چگونه آن ها را مدیریت کنیم / ارائه روش آرمیدگی / ارائه تکلیف خانگی.
پنجم (اهمیت روابط دلبستگی)	بیان اهداف جلسه (اهمیت روابط دلبستگی) / بحث در مورد دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی / ارائه تکلیف خانگی
ششم (دلبستگی و ذهنی سازی)	بیان اهداف جلسه (دلبستگی و ذهنی سازی) / تعارض های دلبستگی / ارائه تکالیف خانگی
هفتم (ترومای خیانت چیست؟)	بیان اهداف جلسه (ترومای خیانت چیست؟) / ارائه رویکرد آموزشی / ارائه جزوه در مورد علائم مرتبط با ترومای خیانت / ارائه تکالیف خانگی

هشتم (درمان مبتنی بر ذهنی سازی)	بیان اهداف جلسه (جنبه دلبستگی درمان مبتنی بر ذهنی سازی) // بیان مشخصات و اهداف اختصاصی MBT / آموزش و تمرین ذهنی سازی در گروه / ارائه تکالیف خانگی
نهم (درمان مبتنی بر ذهنی سازی)	بیان اهداف جلسه (جنبه دلبستگی درمان مبتنی بر ذهنی سازی) // اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران / ایجاد روابط دلبستگی با درمانگر و اعضای دیگر گروه / ارائه تکالیف خانگی
دهم (اضطراب، دلبستگی و ذهنی سازی)	بیان اهداف جلسه / ارائه آموزش در مورد اضطراب و ترس / بیان انواع اختلالات اضطرابی و راهکارهای درمانی آن‌ها و اینکه یاری شخص دیگر مولفه کلیدی در درمان است / ارائه تکالیف خانگی
یازدهم (افسردگی، دلبستگی و ذهنی سازی)	بیان اهداف جلسه / ارائه رویکرد آموزشی در مورد افسردگی / ارائه آموزش در مورد درمان افسردگی / بحث در مورد تفکر افسرده ساز / ارائه تکالیف خانگی
دوازدهم	خلاصه و نتیجه گیری
سیزدهم (حمایت و تایید همدلانه)	مرور بر بحث قبلی (MBT-I) // بیان اهداف جلسات گروهی / پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود / تایید همدلانه
چهاردهم و پانزدهم (شفاف سازی)	شفاف سازی مباحث مطرح شده اعضای گروه از سوی درمانگر / ترکیب مشکلات / کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن
شانزدهم (شناسای عاطفی و تمرکز عاطفی)	شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباح مطرح شده از سوی اعضای گروه
هفدهم	آموزش در جهت ذهنی سازی مطالب برای تسهیل اعتماد معرفتی
هجدهم و نوزدهم (ذهنی سازی ارتباط)	ذهنی سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال
بیستم	آماده سازی برای پایان دادن به درمان / تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه پایان درمان / پایان دادن به درمان.

درمانی، مشخص گردد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ صورت گرفت.

یافته‌ها

مقایسه آماره های جمعیت شناختی نشان داد که میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F = ۱/۰۹۶$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig = ۰/۳۴۴$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می باشد. میزان آماره $Chi-Square$ بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $۰/۸۸۶ =$ $Chi-Square$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig = ۰/۹۹۰$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر تحصیلات می باشد. در (جدول ۳) کجی و کشیدگی توزیع متغیرها و سپس در (جدول ۴) یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آمده است.

شیوه اجرا بدین صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها به صورت دردسترس و گمارش آنها در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی و اجرای پیش آزمون، یک گروه درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه مدت (۱۵ جلسه یک و نیم ساعته) و یک گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی (۲۰ جلسه یک و نیم ساعته) را دریافت نمودند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گفتد و حین اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخلات پس آزمون بر روی هر سه گروه اجرا گردید و نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی رعایت گردید: اصل رازداری در طول پژوهش، رضایت آگاهانه از ورود به پژوهش، در اولویت قرار دادن سلامت روان شناختی شرکت کنندگان و این که اگر افراد تمایل به شرکت در مداخله و فرایند پاسخگویی به پرسشنامه‌ها نداشتند به خواست آنها احترام گذاشته می‌شد. برای سنجش و کنترل روایی جلسات درمانی، در طول جلسات از آزمودنی‌های گروه آزمایش خواسته شد تا خلاصه شفاهی از مطالب و مداخله‌های درمانی اجرا شده را ارائه دهند تا منطبق آن با ساختار پروتکل جلسات

جدول ۳: شاخص های نرمال بودن شامل کجی و کشیدگی

متغیرهای وابسته		روان‌درمانی پویایی فشرده		ذهنی‌سازی		گروه کنترل
		کجی	کشیدگی	کجی	کشیدگی	کجی
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	پیش آزمون	۰/۶۰۰	۰/۲۲۷	-۰/۴۰۸	۰/۳۲۱	-۱/۲۴۱
	پس آزمون	۰/۱۸۲	-۰/۴۲۱	-۱/۰۲۹	۰/۲۰۵	-۱/۰۴۶
دشواری در رفتارهای هدفمند	پیش آزمون	۰/۲۰۲	۰/۸۱۰	۱/۵۳۶	۰/۶۴۳	-۱/۲۰۳
	پس آزمون	۰/۱۶۳	۰/۶۵۰	-۰/۳۱۴	۰/۴۷۳	-۱/۲۱۳
دشواری کنترل تکانه	پیش آزمون	۰/۱۰۵	۱/۰۲۱	۲/۵۶۲	۰/۰۶۷	-۱/۵۴۷
	پس آزمون	۰/۱۳۷	۱/۱۹۶	۱/۷۸۱	۰/۱۲۴	-۱/۳۶۵
فقدان آگاهی هیجانی	پیش آزمون	۰/۲۱۵	۰/۵۱۶	-۰/۶۰۴	۰/۱۲۸	-۰/۱۱۷
	پس آزمون	۰/۲۰۱	۰/۵۱۱	-۰/۷۲۳	۰/۱۷۳	-۰/۹۲۸
دسترسی محدود به تنظیم هیجان	پیش آزمون	۰/۲۰۹	-۰/۲۹۴	-۱/۱۸۲	۰/۱۲۵	-۰/۲۳۶
	پس آزمون	۰/۲۵۲	-۰/۲۱۵	-۰/۸۲۱	۰/۱۳۰	-۰/۷۵۸
فقدان شفافیت هیجانی	پیش آزمون	۰/۲۰۳	۰/۳۲۴	-۱/۰۱۷	۰/۱۳۴	-۱/۷۴۷
	پس آزمون	۰/۱۹۹	-۰/۱۹۱	-۱/۰۱۸	۰/۱۷۲	-۰/۴۰۳
مکانسیم رشد یافته	پیش آزمون	۰/۱۰۴	-۰/۲۰۲	-۱/۰۷۶	۰/۱۷۹	-۱/۳۴۲
	پس آزمون	۰/۱۰۲	۰/۲۵۶	-۰/۷۵۰	۰/۱۱۷	۰/۳۴۱
مکانسیم روان آزرد	پیش آزمون	۰/۲۰۸	-۰/۰۶۵	-۰/۴۱۵	۰/۱۲۸	-۱/۱۲۳
	پس آزمون	۰/۱۰۳	-۰/۲۰۱	-۱/۰۲۶	۰/۷۰۰	-۰/۵۰۸
مکانسیم رشد نایافته	پیش آزمون	۰/۰۹۲	۰/۳۳۱	-۰/۸۶۰	۰/۰۸۲	-۱/۰۴۹
	پس آزمون	۰/۰۸۸	-۰/۱۶۶	-۰/۴۱۲	۰/۱۰۲	۱/۴۷۳
دلبستگی اضطرابی	پیش آزمون	۰/۱۵۲	۰/۰۴۷	-۰/۵۵۸	۰/۴۶۳	-۰/۲۱۴
	پس آزمون	۰/۲۰۱	۰/۴۵۲	-۰/۷۶۶	۰/۰۰۳	۲/۶۷۲
دلبستگی اجتنابی	پیش آزمون	۰/۲۱۵	۰/۴۱۱	۰/۰۷۳	۰/۱۰۹	-۱/۱۹۲
	پس آزمون	۰/۲۳۵	۰/۴۵۲	۰/۲۵۵	۰/۱۵۲	-۰/۷۶۹

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای مشاهده شده در پژوهش حاضر از دو شاخص رایج برای بررسی نرمال بودن، کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد که این نشان می‌دهد توزیع متغیرها از چولگی و کشیدگی نرمال برخوردارند.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته		روان‌درمانی پویایی فشرده		ذهنی‌سازی		گروه کنترل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	پیش آزمون	۲۲/۰۰	۱/۱۳۴	۲۱/۲۰	۱/۰۸۲	۲۲/۰۷
	پس آزمون	۱۸/۲۷	۱/۱۰۰	۱۸/۴۷	۱/۱۲۵	۲۱/۸۰
دشواری در رفتارهای هدفمند	پیش آزمون	۲۳/۰۰	۱/۱۳۴	۲۳/۴۰	۰/۹۱۰	۲۳/۶۷
	پس آزمون	۱۹/۰۷	۱/۴۸۷	۱۸/۱۳	۱/۵۹۸	۲۳/۱۳
دشواری کنترل تکانه	پیش آزمون	۲۱/۵۳	۱/۱۸۷	۲۱/۴۰	۰/۹۸۶	۲۱/۴۰
	پس آزمون	۱۷/۷۳	۲/۶۳۱	۱۷/۸۷	۱/۰۶۰	۲۱/۰۰
فقدان آگاهی هیجانی	پیش آزمون	۲۳/۵۳	۱/۲۴۶	۲۳/۳۳	۰/۹۰۰	۲۳/۸۷
	پس آزمون	۱۹/۳۳	۱/۴۴۷	۱۸/۲۰	۱/۹۳۵	۲۳/۶۰

۱/۱۱۳	۲۱/۶۷	۱/۳۵۲	۲۱/۶۰	۱/۱۸۷	۲۱/۴۷	پیش آزمون	دسترسی محدود به تنظیم هیجان
۰/۶۰۱	۲۱/۵۳	۱/۴۷۴	۱۹/۲۰	۱/۳۰۲	۱۸/۵۳	پس آزمون	
۱/۱۶۳	۲۳/۲۷	۰/۷۳۷	۲۳/۶۰	۰/۷۲۴	۲۳/۶۷	پیش آزمون	فقدان شفافیت هیجانی
۱/۹۷۱	۲۲/۸۰	۱/۴۰۷	۱۹/۴۷	۱/۴۰۴	۱۹/۴۰	پس آزمون	
۰/۷۷۵	۴۵/۲۰	۱/۸۷۷	۴۴/۶۷	۱/۶۶۸	۴۳/۷۳	پیش آزمون	مکانسیم رشد یافته
۱/۲۴۶	۴۵/۴۷	۳/۰۹۱	۴۹/۱۳	۳/۷۳۵	۴۸/۳۳	پس آزمون	
۱/۴۳۸	۵۴/۲۷	۱/۵۹۸	۵۴/۴۷	۱/۶۱۲	۵۵/۲۰	پیش آزمون	مکانسیم روان آزرده
۱/۹۸۱	۵/۹۳	۲/۷۰۴	۴۸/۸۰	۰/۶۷۶	۴۹/۳۳	پس آزمون	
۰/۸۳۴	۱۲۴/۴۷	۱/۵۳۴	۱۲۳/۹۳	۰/۷۴۳	۱۱۷/۰۷	پیش آزمون	مکانسیم رشد نیافته
۵/۵۹۳	۱۲۳/۰۰	۳/۹۴۲	۹۸/۴۰	۴/۴۷۰	۱۰۴/۱۳	پس آزمون	
۰/۷۹۹	۱۵/۷۳	۰/۹۱۰	۱۵/۴۰	۰/۷۳۷	۱۵/۴۰	پیش آزمون	دل بستگی اضطرابی
۱/۰۵۶	۱۵/۴۰	۰/۸۳۴	۹/۸۷	۰/۹۰۰	۱۰/۶۷	پس آزمون	
۰/۸۱۶	۱۵/۶۷	۰/۷۵۶	۱۵/۰۰	۰/۹۱۰	۱۵/۴۰	پیش آزمون	دل بستگی اجتنابی
۱/۲۹۱	۱۵/۳۳	۱/۲۲۳	۱۰/۷۳	۱/۰۸۲	۱۰/۲۰	پس آزمون	

تساوی ماتریس کوواریانس از آزمون M box استفاده شد که از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس های واریانس و کوواریانس می باشد. از آنجایی که پیش فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می باشد که نتایج آن در (جدول ۵ و ۶) آمده است.

(جدول ۴) میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. پیش فرض همگنی واریانس ها (پس آزمون) با آزمون Levene بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی

جدول ۵: نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون بدتنظیمی هیجانی، مکانسیم های دفاعی و سبک های دل بستگی

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۱/۴۷۸	۴/۷۱۶*	۰/۷۳۹	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۰۲۷	۷/۹۶۶*	۰/۸۳۴	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۱۷/۰۰۰	۱۲/۷۵۰*	۰/۸۹۵	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۱۵/۸۴۰	۲۶/۳۹۹*	۰/۷۴۱	۰/۹۹۹

* معنادار در سطح ۰/۰۵

تفاوت دو گروه مربوط به مداخلات آزمایشی است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (روان درمانی پوششی فشرده کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است که نتایج آن در (جدول ۶) ارائه شده است.

نتایج (جدول ۵) بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($F=7/966$ و $Sig=0/001$) معنادار است. نتایج موید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون بدتنظیمی هیجانی، مکانسیم های دفاعی و سبک های دل بستگی با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تاثیر نشان می دهد که ۸۳/۴ درصد

جدول ۶: نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره بدتنظیمی هیجانی، مکانسیم های دفاعی و سبک های دلبستگی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	ضریب تاثیر	توان آماری
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	۵۰/۴۴۴	۲	۱۸/۱۲۹°	۰/۵۴۷	۰/۹۹۹
دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند	۱۳۷/۸۴۹	۲	۲۹/۷۰۲°	۰/۶۶۴	۰/۹۵۷
دشواری کنترل تکانه	۷۳/۶۲۶	۲	۸/۸۱۷°	۰/۳۷۲	۰/۹۹۹
فقدان آگاهی هیجانی	۱۶۴/۳۱۴	۲	۴۳/۴۵۲°	۰/۷۴۳	۰/۹۹۵
دسترسی محدود به تنظیم هیجان	۳۹/۸۲۵	۲	۱۳/۰۶۱°	۰/۴۶۵	۰/۹۹۸
فقدان شفافیت هیجانی	۸۵/۲۳۳	۲	۱۴/۷۲۰°	۰/۴۹۵	۰/۹۳۴
مکانسیم رشد یافته	۱۲۱/۶۴۰	۲	۷/۹۴۵°	۰/۳۴۶	۰/۹۹۹
مکانسیم روان آزاده	۱۸۸/۵۹۱	۲	۲۳/۶۶۴°	۰/۶۱۲	۰/۹۹۹
مکانسیم رشد نایافته	۳۲۷۸/۰۴۲	۲	۸۶/۴۹۴°	۰/۸۵۲	۰/۹۹۹
دلبستگی اضطرابی	۱۶۵/۴۷۹	۲	۱۰۰/۲۵۲°	۰/۸۷۰	۰/۹۹۹
دلبستگی اجتنابی	۱۲۴/۷۲۵	۲	۴۵/۳۱۳°	۰/۷۵۱	۰/۹۹۹

* معنادر در سطح ۰/۰۵

کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر متغیرهای مورد نظر از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه های مداخله) استفاده شده است که نتایج در (جدول ۷) آمده است.

چنانچه در (جدول ۶) مشاهده می شود استفاده از روان درمانی پوششی فشرده کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بدتنظیمی هیجانی، مکانسیم های دفاعی و سبک های دلبستگی در مرحله پس آزمون تاثیر دارد. در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی روان درمانی پوششی فشرده

جدول ۷: مقایسه ی زوجی با آزمون تعقیبی بن فرونی بدتنظیمی هیجانی، مکانسیم های دفاعی و سبک های دلبستگی

متغیرهای وابسته	گروه مبنا (I)	گروه مقایسه (J)	تفاوت میانگین	معناداری
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	روان درمانی پوششی	ذهنی سازی	-۰/۷۰۱	۰/۹۱۷
		کنترل	-۳/۵۹۹°	۰/۰۰۱
دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند	ذهنی سازی	کنترل	-۲/۸۹۸°	۰/۰۰۱
	روان درمانی پوششی	ذهنی سازی	۰/۱۳۹	۰/۹۹۹
		کنترل	-۴/۹۷۳°	۰/۰۰۱
دشواری کنترل تکانه	ذهنی سازی	کنترل	-۵/۱۱۲°	۰/۰۰۱
	روان درمانی پوششی	ذهنی سازی	-۰/۸۸۷	۰/۹۹۹
		کنترل	-۴/۳۷۵°	۰/۰۰۱
فقدان آگاهی هیجانی	ذهنی سازی	کنترل	-۳/۴۸۸°	۰/۰۰۱
	روان درمانی پوششی	ذهنی سازی	۱/۱۸۵	۰/۴۳۴
		کنترل	-۴/۵۱۹°	۰/۰۰۱
دسترسی محدود به تنظیم هیجان	ذهنی سازی	کنترل	-۵/۷۰۴°	۰/۰۰۱
	روان درمانی پوششی	ذهنی سازی	-۰/۶۳۰	۰/۹۹۹
		کنترل	-۳/۱۸۵°	۰/۰۰۱
فقدان شفافیت هیجانی	ذهنی سازی	کنترل	-۲/۵۸۳°	۰/۰۰۱
	روان درمانی پوششی	ذهنی سازی	-۰/۸۲۸	۰/۹۹۹
		کنترل	-۴/۶۲۳°	۰/۰۰۱
	ذهنی سازی	کنترل	-۳/۷۹۴°	۰/۰۰۱

سارا شمس و همکاران

۰/۳۳۱	۲/۵۹۸	ذهنی سازی	روان درمانی پوششی	مکانسیم رشد یافته
۰/۰۰۳	۶/۴۵۹°	کنترل		
۰/۰۱۲	۳/۸۶۱°	کنترل	ذهنی سازی	
۰/۹۹۹	-۰/۶۷۳	ذهنی سازی	روان درمانی پوششی	مکانسیم روان آزوده
۰/۰۰۱	-۶/۴۷۴°	کنترل		
۰/۰۰۱	-۵/۸۰۱°	کنترل	ذهنی سازی	
۰/۰۲۲	۷/۱۴۷	ذهنی سازی	روان درمانی پوششی	مکانسیم رشد نیافته
۰/۰۰۱	۱۸/۴۰۷°	کنترل		
۰/۰۰۱	۲۵/۵۵۵°	کنترل	ذهنی سازی	
۰/۹۹۹	۰/۳۰۴	ذهنی سازی	روان درمانی پوششی	دلبستگی اضطرابی
۰/۰۰۱	-۵/۳۲۳°	کنترل		
۰/۰۰۱	-۵/۶۲۶°	کنترل	ذهنی سازی	
۰/۰۰۱	-۰/۰۴۰	ذهنی سازی	روان درمانی پوششی	دلبستگی اجتنابی
۰/۰۰۱	-۴/۸۷۰°	کنترل		
۰/۰۰۱	-۴/۸۳۱°	کنترل	ذهنی سازی	

* معنادر در سطح ۰/۰۵

رشد نیافته که گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی کاهش بیشتری نشان داد، تفاوتی مشاهده نشد.

این نتایج با یافته‌های تاوان و همکاران (۲۴)، کنی، آرتهی و عباس (۲۵)، نبی زاده و همکاران (۲۸)، مرادزاده خراسانی و همکاران (۲۹)، که اثربخشی روان درمانی پوششی فشرده کوتاه مدت بر روی رفتارهای دفاعی، تنظیم هیجان و سبک‌های دلبستگی را نشان دادند، همسو است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های بتمن و فوناگی (۳۰)، فوناگی و تارگت (۳۴)، عینی و همکاران (۳۵، ۳۶) و بشرپور و عینی (۳۷) که اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های دلبستگی را نشان دادند، هم‌راستا می‌باشد.

در تبیین نتایج به دست آمده در زمینه اثربخشی درمان روان پوششی بر روی بر بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های دلبستگی نایمن در زنان دارای تجربه ترومای خیانت زناشویی می‌توان چنین بیان نمود، در درمان روان پوششی آنچه انجام می‌شود طبق مثلث تعارض و مثلث شخص، مقابله فعال و بی امان با دفاع‌های مراجع، او را و می‌کند تا در هر لحظه احساسات واقعی‌اش را تجربه کند. بنابراین اثربخشی درمان روان پوششی می‌تواند به واسطه مواجهه بیماران با موارد ناهشیار و تعارض‌های اضطراب برانگیز باشد. چنین مواجهه‌ای موجب سازماندهی مجدد من و رها کردن دفاع‌های بیمارگونه می‌شود و

با توجه به (جدول ۷) بین اثربخشی روان درمانی پوششی فشرده کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به یک میزان بر روی متغیرهای وابسته اثر گذاشته اند. اما درمان مبتنی بر ذهنی سازی در مکانسیم رشد نیافته و دلبستگی اجتنابی اثربخشی بیشتری نسبت به روان درمانی پوششی فشرده کوتاه مدت داشته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان درمانی پوششی فشرده کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های دلبستگی نایمن در زنان دارای تجربه ترومای خیانت زناشویی انجام شد. طبق نتایج بدست آمده میانگین نمرات بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های دلبستگی نایمن گروه روان درمانی پوششی فشرده کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی در مقایسه با گروه کنترل در پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون کاهش معناداری داشته است. همچنین بین گروه روان درمانی پوششی فشرده کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی تفاوت معناداری در کاهش بدتنظیمی هیجانی و سبک‌های دلبستگی نایمن (به جز دلبستگی اجتنابی) تفاوتی مشاهده نشد. بین دو گروه در سبک‌های دفاعی، به استثناء مولفه دفاع‌های

ظرفیت روانی فرد را افزایش و در نهایت سلامت روانی او را بالا می‌برد. در درمان روان‌پویشی وقتی مراجع نسبت به تعارض درونی (مثلث تعارض) بینش پیدا کنند و به اینکه چگونه این تعارضات تکرار می‌شوند (مثلث شخص) آگاه شوند، هیجان‌های خود را پشت دفاع‌ها مخفی نکند او را به سمت اعتدال و خودتنظیمی هیجانی سوق می‌دهد و بالطبع باعث رشد ذهنی فرد می‌شود (۴۵). به علاوه از آنجایی که سبک‌های دلبستگی ناایمن الگوی هیجانی ناسازگار است که باعث ناتوانی در بیان نیازهای عاطفی و در نتیجه ناسازگاری در روابط بین‌فردی می‌شود، همچنین دلبستگی ناایمن اولیه منجر به شکل‌گیری الگوی ارتباطی چرخه‌ای در تعامل با دیگران می‌شود؛ لذا تمرکز درمان روان‌پویشی بر این الگوها است که در حفظ و تشدید دلبستگی‌های آسیب‌زا منجر به اختلال می‌شود. مراجع به سبب مثلث شخص و به تبع مثلث تعارض فهم عمیقی نسبت به رفتارهای خود پیدا می‌کند که ریشه مشکل کنونی وی هستند. این بینش شناختی و هیجانی به فرد کمک می‌کند تا در روابط خود دست به انتخاب‌های سازگارانه‌تری بزند که شکل دلبستگی در وی را تغییر می‌دهد. این الگوها اطلاعات ارزشمندی در زمینه اهداف بین‌فردی، مکانیسم‌های دفاعی، احساسات سرکوب شده و پیامدهای مرتبط با رفتارهای مراجع می‌دهد (۴۷).

همچنین در تبیین نتایج به دست آمده در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر روی بر بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های دلبستگی ناایمن در زنان دارای تجربه ترومای خیانت زناشویی و به علاوه معناداری بیشتر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش مولفه دفاع‌های رشدنیافته و دلبستگی اجتنابی نسبت به درمان روان‌پویشی فشرده کوتاه‌مدت می‌توان چنین اظهار نمود، در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، بهبود علائم افراد دارای تجربه تروما، با بهبود توانایی ذهنی‌سازی مرتبط است (۴۸). ذهنی‌سازی خاطرات تروماتیک به افراد کمک می‌کند که آن‌ها را تاملی‌تر و صریح‌تر و به صورت خودکار و ضمنی بیان کند و توانایی ذهنی‌سازی بهبود یافته نیز با بهبود وضعیت بیمار مرتبط است (۴۹). افرادی که دارای تجربه تروما هستند از فروپاشی ذهنی‌سازی رنج می‌برند و علائمی از پریشانی‌های شناختی و هیجانی را نشان می‌دهند. انگیزتگی هیجانی به سبب تروما باعث عدم تعادل معنی‌دار در ذهنی‌سازی می‌شود. از لحاظ ابعاد

ذهنی‌سازی، بدتنظیمی هیجانی موقتاً در قطب عاطفی بودن، همراه با تفکری که با ذهنی‌سازی خودکار و غیرانعکاسی مشخص می‌شود را دربرمی‌گیرد. حالات غیرذهنی‌سازی هم که ارتباط نزدیکی با بدتنظیمی هیجانی دارد، هم ارزی روانی است که در این حالت هیجانات بیش از حد واقعی احساس می‌شوند. این باعث می‌شود که تجربه رویدادهای درونی (افکار و احساسات) عینی‌تر به نظر رسند، وقتی که از لحاظ اهمیت و ارزش مانند یک حادثه فیزیکی باشند؛ این همان چیزی است که تأثیر انگیزتگی هیجانی را بیس از حد می‌کند (۴۶). به علاوه در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، افراد دارای تجربه تروما، در نتیجه درمان، سازگاری روان‌شناختی و گستره وسیعی از مکانیسم‌ها را به دست می‌آورند که آن‌ها را قادر می‌سازد با شرایط استرس‌زا و مشکلات روزمره به طور موثرتری مواجهه شوند. چرا که در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، باعث بهبود توانایی ذهنی‌سازی افراد دارای تجربه تروما می‌شود؛ سطوح بالای ذهنی‌سازی با تاب‌آوری در برابر شرایط استرس‌زا و توانایی بهره‌گیری از یک دیدگاه متفاوت در نتیجه ناملایمات مرتبط می‌باشد (۴۶). علاوه بر این، افرادی که ذهنی‌ساز قوی هستند ظرفیت خوبی نیز برای عضوگیری رابطه نشان می‌دهند، به عبارتی آن‌ها قادرند با دیگران که مراقب و مفید هستند و می‌توانند در تنظیم مشترک موثر استرس و ناملایمات کمک کنند، ارتباط برقرار کنند؛ بدون ذهنی‌سازی قوی، مشکل در تعاملات، تقابل در روابط و احساس امنیت نمی‌تواند وجود داشته باشد. اثربخشی این رویکرد در پژوهش مولمستر و همکاران (۵۰) بر یکپارچه کردن بازنمایی‌های افراطی از خود و دیگران که در نهایت منجر به احساس پایداری از انسجام خود (یکپارچگی ایگو) می‌شود، نشان داده شده است، لذا می‌توان بیان نمود که انسجام خود ناشی از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مانع از استفاده از دفاع‌های سطح پایین از جمله فرافکنی جنبه‌های از خود به دیگران می‌شود و در نتیجه این مولفه باعث کاهش استفاده از دفاع‌های رشد نیافته می‌شود. به عبارت دیگر توانایی ذهنی‌سازی و نمادسازی در افراد سبب می‌شود که به پردازش‌های شناختی و هیجانی و رفتاری خود، قبل از میل به دو نیمه‌سازی، فرافکنی و کنش‌نمایی به عنوان دفاع‌های رشدنیافته پردازند، علاوه بر این تحریک سیستم دلبستگی در افراد دارای تجربه ترومای ارتباطی با حرکت و شتاب بیش از حد به سمت صمیمیت،

دفاعی و سبک‌های دلبستگی ناایمن در زنان دارای تجربه ترومای خیانت زناشویی تاثیر معناداری داشته‌اند و درمانگران می‌توانند از آن‌ها به عنوان روش درمانی موثر بهره ببرند. با این حال با توجه به محدودیت‌های پژوهش که در ادامه ذکر می‌گردد، نیاز به انجام پژوهش و مداخلات درمانی بیشتر در این زمینه در آینده ضرورت می‌یابد. این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها در حوزه علوم انسانی با محدودیت‌هایی همراه است. از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها، عدم انتخاب تصادفی نمونه‌ها، نبود دوره پیگیری و انجام پژوهش بر روی زنان دارای تجربه ترومای خیانت بوده و لذا قابل تعمیم به جامعه مردان نیست. به علاوه درمان به صورت گروهی صورت گرفته و نه انفرادی و کاوش بیشتر پویایی مرتبط با ترومای خیانت امکان‌پذیر نبود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی از مصاحبه فردی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود، به علاوه درمان انفرادی بر روی افراد دارای تجربه خیانت زناشویی و سایر جمعیت‌های آسیب‌پذیر صورت گیرد.

سیاسگذاری

از تمامی افراد شرکت‌کنندگان در پژوهش و از حمایت و همکاری کلینیک آگاهش شهر کرج صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماییم. همچنین، برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان پزشکی آمریکا مورد توجه قرار گرفت.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Freyd JJ. Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse. Harvard University Press; 1996.
2. Freyd JJ. Betrayal trauma: Traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse. *Ethics & Behavior*. 1994 Dec 1; 4(4):307-29. https://doi.org/10.1207/s15327019eb0404_1
3. FREYD JJ. Freyd, JJ (2001). Memory and Dimensions of Trauma Terror May Be "All-Too-Well Terror May be "All-Too-Well Remembered" and A Betrayal Buried. In JR Conte (Ed) *Critical Issues in Remembered and Betrayal Buried*.

آسیب‌پذیری و ا دست دادن موقت مهارت‌های ذهنی‌سازی در موقعیت‌های بین فردی تشدید می‌شود (۴۶)؛ لذا این رویکرد باعث بهبود ذهنی‌سازی و کاهش استرس بین فردی و در نتیجه کاهش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و به ویژه رشد نیافته و دلبستگی‌های ناایمن به ویژه اجتنابی و دوری‌گزین می‌شود. در تبیین دیگر می‌توان بیان نمود که افراد دارای تجربه ترومای ارتباطی به دلیل سبک‌های دلبستگی ناایمن، مهارت‌های ذهنی‌سازی خود را از دست می‌دهند و به راه‌های که کودکان خردسال قبل از رشد ظرفیت‌های ذهنی‌سازی خود رفتار می‌کنند، متوسل می‌شوند که در واقع حالات پیش‌ذهنی‌سازی (غایت‌شناختی، هم‌ارزی روانی و حالات وانمودی) است (۴۶)، این حالات با بکارگیری دفاع‌های رشد نیافته و نوروتیک و دلبستگی اجتنابی باعث کاهش سطح انگیزتگی در روابط بین فردی می‌شود؛ لذا به طور کلی می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به واسطه‌ی بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی فرد، انسجام خود، یکپارچه کردن بازنمایی‌های افراد و تعدیل حالات پیش‌ذهنی‌سازی، در کاهش دفاع‌های رشد نیافته و دلبستگی اجتنابی افراد دارای تجربه تروما، نسبت درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت معناداری بیشتری در پی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت که اگر چه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش دفاع‌های رشد نیافته و دلبستگی اجتنابی افراد دارای تجربه تروما معناداری بیشتری نسبت به درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت دارد، اما هر دو درمان روان‌پوشی فشرده کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم‌های

<https://doi.org/10.4135/9781483328645.n5>

4. Birrell PJ, Freyd JJ. Betrayal trauma: Relational models of harm and healing. *Journal of Trauma Practice*. 2006 Oct 11; 5(1):49-63. https://doi.org/10.1300/J189v05n01_04
5. Weiser DA, Weigel DJ. Investigating experiences of the infidelity partner: Who is the "other man/woman"? *Personality and Individual Differences*. 2015 Oct 1; 85:176-81. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.05.014>
6. Goldsmith RE, Freyd JJ, DePrince AP. Betrayal trauma: Associations with psychological and physical symptoms in young adults. *Journal of interpersonal violence*. 2012 Feb; 27(3):547-67.

- <https://doi.org/10.1177/0886260511421672>
7. Gordon KC, Baucom DH, Snyder DK. An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs. *Journal of marital and family therapy*. 2004 Apr; 30(2):213-31. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01235.x>
8. Balderrama-Durbin C, Stanton K, Snyder DK, Cigrang JA, Talcott GW, Smith Slep AM, Heyman RE, Cassidy DG. The risk for marital infidelity across a year-long deployment. *Journal of Family Psychology*. 2017 Aug; 31(5):629. <https://doi.org/10.1037/fam0000281>
9. Weems CF, Pina AA. The assessment of emotion regulation: Improving construct validity in research on psychopathology in youth-An introduction to the special section. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010 Mar;32(1):1-7. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9178-5>
10. Basso JC, McHale A, Ende V, Oberlin DJ, Suzuki WA. Brief, daily meditation enhances attention, memory, mood, and emotional regulation in non-experienced meditators. *Behavioural brain research*. 2019 Jan 1; 356:208-20. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2018.08.023>
11. Baucom DH, Snyder DK, Gordon KC. Helping couples get past the affair." A clinician's guide. New York: Guilford. 2009.
12. Perry JC, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2013 Mar; 76(1):32-52. <https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.1.32>
13. Greenman PS, Johnson SM. Process research on emotionally focused therapy (EFT) for couples: Linking theory to practice. *Family Process*. 2013 Mar; 52(1):46-61. <https://doi.org/10.1111/famp.12015>
14. Okoye CA, Obi-Nwosu H, Nwafor CE. Influence of infidelity and socio-economic status on domestic violence. *Social Science Research*. 2018 Dec 9; 4(1).
15. Bowlby J. Attachment and Loss: Attachment; John Bowlby. Basic books; 1969.
16. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. 1987 Mar; 52(3):511. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
17. Alder MC, Yorgason JB, Sandberg JG, Davis S. Perceptions of parents' marriage predicting marital satisfaction: The moderating role of attachment behaviors. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2018 Apr 3;17(2):146-64. <https://doi.org/10.1080/15332691.2017.1372834>
18. Brown TC. Negative parental attachments as a contributing factor in the development of the other woman and their attitudes about infidelity (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology).2018.
19. Paul EL, McManus B, Hayes A. «Hookups»: Characteristics and correlates of college students' spontaneous and anonymous sexual experiences. *Journal of Sex Research*. 2000 Feb 1; 37(1):76-88. <https://doi.org/10.1080/00224490009552023>
20. Jeanfreau MM. A qualitative study investigating the decision-making process of women's participation in marital infidelity. Kansas state university; 2009.
21. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2010 Feb 1; 30(1):25-36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>
22. Leiper R, Maltby M. The psychodynamic approach to therapeutic change. Sage; 2004 Mar 5. <https://doi.org/10.4135/9781446216729>
23. Pennebaker JW. Opening up: The healing power of expressing emotions. Guilford Press; 1997 Aug 8.
24. Town JM, Abbass A, Stride C, Bernier D. A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. *Journal of Affective Disorders*. 2017 May 1; 214:15-25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.035>
25. Kenny DT, Arthey S, Abbass A. Identifying attachment ruptures underlying severe music performance anxiety in a professional musician undertaking an assessment and trial therapy of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP). *SpringerPlus*. 2016 Dec; 5(1):1-6. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3268-0>
26. Schröder T, Cooper A, Naidoo R, Tickle A, Rennoldson M. 7. Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP). In *Formulation in Action* 2016 Jan 29 (pp.99-122). De Gruyter Open Poland. <https://doi.org/10.1515/9783110471014-009>
27. Town JM, Abbass A, Bernier D. Effectiveness and cost effectiveness of Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy: does unlocking the unconscious make a difference?. *American Journal of Psychotherapy*. 2013 Mar 1;67(1):89-108. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2013.67.1.89>
28. nabizadeh A, farhadi M, rashid K, kordnoghahi R. The Effectiveness of Tactical Defenses Neutralization in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Defensive Styles, Anxiety, and Fear of Intimacy in Non-Clinical Sample. *RPH*. 2019; 13 (1):24-39. [Persian]
29. Moradzadeh Khorasani L, Mirzaian B, Hassanzadeh R. The effectiveness of intensive

- short-term dynamic psychotherapy on difficulties in emotion regulation in non-suicidal self-injurious people. *IJNR*. 2021; 15 (6):86-104. [Persian]
30. Bateman A, Fonagy P. Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2013 Sep; 203(3):221-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121129>
 31. De Oliveira C, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Mentalization based treatment and borderline personality disorder. *L'encephale*. 2016 Jul 16; 43(4):340-5. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.020>
 32. Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N, Gardner T, Fonagy P. A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC psychiatry*. 2016 Dec; 16(1):1-1. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1000-9>
 33. Brown TC. Negative parental attachments as a contributing factor in the development of the other woman and their attitudes about infidelity (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology). 2018.
 34. Fonagy P, Target M. Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International journal of psychoanalysis*. 1996; 77:217-33.
 35. Einy S. Comparing the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Cognitive-Analytic Therapy on Ego Strength and Defense Mechanisms in People with Borderline Personality Disorder. *The Horizon of Medical Sciences*. 2019 Oct 10; 25(4):324-39. [Persian] <https://doi.org/10.32598/hms.25.4.324>
 36. Narimani M, Atadokht A, Basharpour S, Movahhed FS. Effectiveness of mentalization based therapy and cognitive-analytical therapy on improved object relationship of people with borderline personality disorder: a comparison. *Payesh (Health Monitor)*. 2018 Jun 15; 17(3):275-87. [Persian]
 37. Basharpour S, Einy S. The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Emotional Dysregulation and Impulsivity in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *The Neuroscience Journal of Shafaye Khatam*. 2020 Jun 10; 8(3):10-9. [Persian] <https://doi.org/10.29252/shefa.8.3.10>
 38. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. 1987 Mar; 52(3):511. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
 39. Besharat MA, Shalchi B. Attachment styles and coping with stress. *Journal of Iranian psychologists*. 2007 Jan 1; 3(11):225-35.
 40. Collins NL, Read S. Cognitive representations of attachment: the structure and function of attachment models. *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships*. London: Kingsley. 1994.
 41. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004 Mar; 26(1):41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
 42. Fowler JC, Madan A, Allen JG, Oldham JM, Frueh BC. Differentiating bipolar disorder from borderline personality disorder: Diagnostic accuracy of the difficulty in emotion regulation scale and personality inventory for DSM-5. *Journal of affective disorders*. 2019 Feb 15; 245:856-60. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.079>
 43. Fata L, Birashk B, Atefvahid M, Dabson K. Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *IJPCP*. 2005; 11(3):312-26. [Persian]
 44. Heidarinasab L, Shaeiri M. Factorial Structure of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). *Journal of Modern Psychological Researches*. 2011 Apr 21; 6(21):77-97. [Persian]
 45. Davanloo, H. *Unlocking the Unconscious, selected papers of Habib Davanloo*. New York: John Wiley & Sons. 1995
 46. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for personality disorders*. 1th ed. United Kingdom: Oxford University Press; 2016. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
 47. Tasca GA, Ritchie K, Balfour L. Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy*. 2011 Sep; 48(3):249. <https://doi.org/10.1037/a0022423>
 48. Ferrajão PC, Aragão Oliveira R. Portuguese war veterans: Moral injury and factors related to recovery from PTSD. *Qualitative health research*. 2016 Jan; 26(2):204-14. <https://doi.org/10.1177/1049732315573012>
 49. Bateman AW, Fonagy PE. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012.
 50. De Meulemeester C, Lowyck B, Vermote R, Verhaest Y, Luyten P. Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. *Psychiatry Research*. 2017 Dec 1; 258:141-4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.061>