

مقایسه اثربخشی درمان گروهی بین‌فردی روان‌پویشی و هیجان‌محور بر سبک دلبستگی نوجوانان دختر

زینب ارجایی^۱، رضا کریمی‌نیا^{۲*} و محسن احمدی‌طهور سلطانی^۳

دریافت مقاله: ۹۶/۰۶/۰۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۶/۰۸/۱۸؛ پذیرش مقاله: ۹۶/۰۹/۱۷

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین میزان اثربخشی مداخله گروهی بین‌فردی روان‌پویشی در مقایسه با هیجان‌محور بر سبک دلبستگی ناایمن دختران نوجوان بود. **روش:** روش پژوهش آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و جامعه آماری ۲۷۶۴۱ نوجوان دختر ۱۷-۱۵ ساله در ۸۲ مدرسه متوسطه دوم شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. به‌روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، نواحی ۱ و ۳ آموزش و پرورش، و از میان دبیرستان‌های نواحی مذکور، ۷ دبیرستان به‌نام توحید، نجابت، گراشی، الگوه، یاس، الزهرا و سروش به‌شکل تصادفی انتخاب شد. سپس ۴۵ نوجوان که بر اساس مقیاس سبک‌های دلبستگی کولینز و رید ۱۹۹۴ دارای بیش‌ترین نمره در سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی یا دوسوگرا بودند، متمایز شدند و بر اساس ملاک‌های پژوهش، به‌تصادف در سه گروه قرار گرفتند. درمان بین‌فردی روان‌پویشی گروهی تسکا، میکائیل و هویت (۲۰۰۵) طی ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و درمان هیجان‌محور گروهی رابینسون، مککاک و ویسل (۲۰۱۴) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار در مورد گروه‌های آزمایشی اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد هر دو مداخله بر دلبستگی اجتنابی ($F=۶۹/۸۶$ ، $P=۰/۰۰۱$) و دوسوگرا ($F=۵۲/۳۱$ ، $P=۰/۰۰۱$) اثر دارند، و تفاوت معنی‌داری میان اثربخشی آن‌ها مشاهده نمی‌شود. این اثربخشی در مرحله پیگیری ۳ ماهه پایدار، اما تأثیر مداخله روان‌پویشی بر دلبستگی اجتنابی پایدارتر بود. **نتیجه‌گیری:** از آن‌جایی که درمان بین‌فردی روان‌پویشی با تأثیر بر الگوهای معیوب ارتباطی و درمان هیجان‌محور از طریق تنظیم الگوی پردازش هیجانی، عملکرد بین‌فردی را ارتقاء می‌دهند، می‌توان از آن‌ها به‌عنوان روش‌های مداخله‌ای مؤثر برای حل مشکلات ناشی از دلبستگی ناایمن در نوجوانان دختر استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: بین‌فردی، دلبستگی، روان‌پویشی، نوجوانان دختر، هیجان‌محور

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول، استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران

Email: Reza.karaminia@bmsu.ac.ir

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران

مقدمه

نوجوانی دوره مهمی از رشد است که در طول آن تغییرهای بسیار گسترده و سریعی رخ می‌دهد که می‌تواند منجر به بروز و تثبیت اختلال‌های روانی شود (کلمنتز-نول و ریورا، ۲۰۱۳). بازنگری پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که روابط دلبستگی^۱ با مراقبان اولیه، نقش بسیار مهمی بر میزان آسیب‌پذیری نوجوان در این دوران دارد (دابویز-کومتویز، سیر، پاسکوزو، لیزارد و پولین، ۲۰۱۳). بر اساس نظریه دلبستگی بالبی^۲ (۱۹۸۲ نقل از شرمن، رایس و کسیدی، ۲۰۱۵)، تجارب اولیه فرد در ارتباط با میزان پاسخ‌گویی و دسترسی‌پذیری مراقب اولیه در هنگام تهدید ادراک‌شده یا واقعی، منجر به رشد «الگوی درون‌کاری»^۳ دلبستگی می‌شود. این الگو تحت عنوان سه نوع سبک دلبستگی ایمن^۴، نایمن اضطرابی/دوسوگرا^۵ و نایمن اضطرابی/اجتنابی^۶، تا بزرگ‌سالی حفظ می‌شود، و بر ادراک فرد از دیگران، روابط بین‌فردی و توانایی تنظیم هیجان تأثیرگذار است؛ و نحوه برخورد فرد را با استرس توضیح می‌دهد (پینکورات، فاسنر، آرت، ۲۰۱۲). این عوامل زمینه‌های اصلی رشد را در سنین نوجوانی تشکیل می‌دهند؛ و به‌شدت بر سلامت روان فرد تأثیرگذارند (جونز، فرالی، ارلیچ، استرن، لجویز و همکاران، ۲۰۱۷؛ شکراله‌زاده، موسوی، زاده‌محمدی و نصیری‌هانپس، ۱۳۹۶). به‌عبارت دیگر، با وجود این‌که نوجوان تلاش می‌کند از والدین فاصله بگیرد و به استقلال دست یابد، با چالش‌های رشدی بسیار مهم مانند افزایش روابط با همسال‌ها و موقعیت‌های استرس‌زا روبه‌رو است که با سبک دلبستگی وی مرتبط است. از سویی، به‌دلیل گرایش و حساسیت بیش‌تر دختران نسبت به روابط میان‌فردی، سازگاری روانی این گروه از نوجوانان بیشتر تحت تأثیر دلبستگی است (اسکات، والن، زالوسکی، بینی، پیلکوینز و همکاران، ۲۰۱۳). در مطالعه‌ای فراتحلیل مادیگان، براماریو، ویلانی، آتکینسون و لیونز-راس (۲۰۱۶) میزان مشکلات درونی و بیرونی شده^۷ افراد ۳ تا ۱۸ ساله دارای دلبستگی ایمن و نایمن را، مقایسه و نشان دادند که دلبستگی نایمن در ۱۶۲ مطالعه، با اختلال‌های درونی‌شده مانند اضطراب و افسردگی، و در ۱۱۶ مطالعه با اختلال‌های بیرونی‌شده مانند اختلال‌های رفتاری، مرتبط بوده است. مطالعه پاسوزو، مس و سیر (۲۰۱۵) نیز نشان داد که مشکلات دلبستگی در سنین نوجوانی، اختلال‌های روانی در بزرگ‌سالی را پیش‌بینی می‌کند.

1. attachment
2. Bowlby
3. internal working model
4. secure attachment
5. anxious/ambivalence insecure attachment
6. anxious/avoidance insecure attachment
7. internalizing and externalizing problems

بنا بر اعتقاد بالبی (۱۹۸۸؛ نقل از مارموش، مارکین و اسپینگل، ۲۰۱۳)، دلبستگی نایمن از طریق تغییر در روابط درمانی می‌تواند تغییر کند. بنابراین درمان گروهی به‌دلیل ایجاد تعامل‌های گسترده میان افراد، زمینه بهتری را نسبت به درمان فردی، برای کشف و اصلاح طیف وسیعی از مشکلات دلبستگی، می‌تواند فراهم کند. همچنین این درمان به‌دلیل مطابقت با ویژگی‌های رشدی نوجوان به‌ویژه رشد اجتماعی او، می‌تواند برای این دسته از افراد بسیار مفید باشد (پاژمن، ۲۰۰۹). در این میان، درمان بین‌فردی روان‌پویشی گروهی تسکا، میکائیل و هویت (۲۰۰۵)، که ترکیبی از درمان گروهی و روان‌پویشی است، به‌عنوان یکی از مؤثرترین درمان‌ها با جهت‌گیری میان‌فردی به‌شمار می‌رود. فرض این رویکرد این است که روابط دلبستگی نایمن، ادراکی از خود و دیگران ایجاد می‌کند، که در الگوی ارتباطی چرخه‌ای^۱ قابل مشاهده است. از این‌الگوها معمولاً در ارتباط با دیگران استفاده می‌شود که می‌تواند موقعیت‌های هیجانی منفی را ایجاد، و فرد را وامی‌دارد برای کاهش آن‌ها از پاسخ‌های دفاعی استفاده کند. این پاسخ‌ها، مشکلات روان‌شناختی زیادی را به‌دنبال دارد و باعث ناسازگاری در عملکرد میان‌فردی و در نتیجه تداوم روابط دلبستگی نایمن می‌شود (تسکا، ریتچی و بالفر، ۲۰۱۱).

بر اساس نتایج پژوهش راسکو و وارنر (۲۰۱۷)، ادراک افراد دارای دلبستگی نایمن اجتنابی، نسبت به دیگران منفی و نسبت به خود مثبت است؛ که این امر منجر به اجتناب عاطفی این افراد، در روابط بین‌فردی می‌شود. ادراک افراد دارای دلبستگی دوسوگرا نیز نسبت به خود منفی و نسبت به دیگران مثبت است که باعث ترس این افراد از طرد شدن می‌شود. بنابراین تأکید اصلی درمان بین‌فردی روان‌پویشی گروهی بر شناخت، اصلاح و بازسازی الگوهای ارتباطی چرخه‌ای است. بر همین اساس، تسکا، ریتچی، کنراد، بالفر، گیتون و همکاران (۲۰۰۶) تأثیر این درمان را بر دلبستگی نایمن ۶۵ زن دچار اختلال خوردن، بررسی کردند؛ و گالاگهر، تسکا، ریتچی، بالفر و بیسادا (۲۰۱۴)، در پژوهشی مشابه، درمان بین‌فردی روان‌پویشی گروهی را در مورد ۱۰۲ زن دچار این اختلال، تکرار کردند. نتایج هر دو پژوهش نشان داد که درمان بین‌فردی روان‌پویشی، بر دلبستگی نایمن زن‌های دچار اختلال خوردن اثرگذار است و منجر به کاهش دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا می‌شود. همچنین، افرادی که دارای سبک دلبستگی نایمن بالاتری بودند، نتیجه بهتری از این درمان گرفتند. در پژوهشی دیگر مکسول، تسکا، ریتچی، بالفر و بیسادا (۲۰۱۴)، نشان دادند که این تغییرها تا یک سال پس از درمان نیز پایدار مانده است.

گرچه درمان بین‌فردی روان‌پویشی گروهی نسبت به سایر روش‌های رویکرد روان‌پویشی، از زیربنای نظری و راهنمای درمانی دقیق‌تر و قدرت‌مندتری برخوردار است (گرین، ۲۰۱۲)؛ اما باز

هم به دلیل ساختاری طولانی و موضع غیرهدایت‌گرانه آن، مورد انتقاد قرار گرفته است (تسچاسچه، آنه و کینکه، ۲۰۰۷). در واقع این درمان مانند سایر روش‌های روان‌پویشی، به دلیل کار روی مفاهیم عمیق دلبستگی مانند مثلث تعارض، مکانیسم‌های دفاعی و احساس‌های سرکوب‌شده و به‌کارگیری روش‌های مداخله‌ای غیرمستقیم، روند طولانی‌تری پیدا کرده است و در برخی موارد نیاز برگزاری حدود ۳۰ جلسه درمان دارد (شدلر، ۲۰۱۰). تسکا، بالفرد، پرسنیاک و بیسادا (۲۰۱۲)، در پژوهشی نشان دادند روند و طول درمان بین‌فردی روان‌پویشی گروهی، لزوماً منجر به اثربخشی بیشتر آن نمی‌شود و روش‌های هدایت‌گرانه مانند درمان شناختی-رفتاری نیز می‌توانند به‌میزان قابل توجهی، سبک دلبستگی زن‌های دچار اختلال خوردن را بهبود بخشند. بنابراین در پژوهش حاضر، اثربخشی درمان گروهی دیگری با ساختاری دقیق و کوتاه اجرا شد.

درمان هیجان‌محور گروهی رابینسون، مک‌کاک و ویسل (۲۰۱۴) نیز، روشی مبتنی بر رویکرد هیجان‌محور گرینبرگ (۲۰۱۰) است و بیش از سایر رویکردهای هدایت‌گرانه بر روابط آسیب‌زای اولیه تمرکز می‌کند. این درمان فرض می‌کند که تجارب هیجانی آسیب‌زا در روابط دلبستگی اولیه مانع توسعه طبیعی تنظیم هیجان می‌شود. این ناتوانی در تنظیم هیجان به شکل الگوی پردازش هیجانی ناسازگار در فرد باقی می‌ماند و با بازآفرینی شرایط نمود پیدا می‌کند و منجر به تجربه مجدد هیجان‌های دردناک و تداوم روابط آسیب‌زا می‌شود (گرینبرگ، ۲۰۱۰). کمالی و ابولمعالی‌الحسینی (۱۳۹۵)، در پژوهشی نشان دادند که فرایندهای ارتباطی در خانواده، می‌تواند راهبردهای تنظیم هیجان را در نوجوانان پیش‌بینی کند. به عبارتی، نظام پردازش هیجان در نوجوانان دارای دلبستگی اجتنابی، غیرفعال می‌شود و مانع تجربه هیجان در این افراد می‌گردد. در نوجوان دارای دلبستگی دوسوگرا نیز این نظام بیش از حد فعال است و منجر به تجربه مداوم احساس‌های منفی در این افراد می‌شود (گریشام و گالون، ۲۰۱۲). بنابراین در درمان هیجان‌محور گروهی، از فنون ویژه، مانند توجه به احساس‌های بدنی و تمرین‌صندلی^۱ استفاده می‌شود تا توانایی تنظیم هیجان برای پردازش درست تجربه هیجانی بهبود یابد، و از این طریق موقعیت‌های بین‌فردی متفاوتی ایجاد شود. بررسی فراتحلیل جانسون (۲۰۰۹) نشان داد که درمان هیجان‌محور به دلیل مداخله مستقیم و متمرکز بر هیجان، می‌تواند نسبت به سایر روش‌های درمانی متمرکز بر بینش‌شناختی، مانند درمان روان‌پویشی، در مدت کوتاه‌تری به احساس‌ها و نیازهای سرکوب‌شده در روابط دلبستگی ناایمن دست پیدا کند و عملکرد بین‌فردی را بهبود بخشد. بنابراین روش هیجان‌محور برای درمان مشکلات بین‌فردی در روابط دلبستگی، به‌ویژه در زوج‌ها، بسیار مفید بوده است. به‌عنوان مثال زاکارانی، جانسون، دالگلیش و ماکینن (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند

1. Chair Work

که درمان هیجان‌محور از طریق تأثیر بر هیجان‌های مرتبط با دلبستگی، منجر به بهبود روابط بین‌فردی در زوجها می‌شود. موزر، جانسون، دالگلیش، لافونتین، ویب و تسکا (۲۰۱۶) نیز، درمان هیجان‌محور را در مورد روابط دلبستگی ۳۲ زوج به‌کار بردند و نشان دادند این درمان باعث کاهش معنی‌دار سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا شده است. در پژوهشی دیگر، ویب، جانسون، لافونتین، موزر، دالگلیش و تسکا (۲۰۱۷) نشان دادند این تغییرها تا ۲ سال پایدار باقی مانده است. همچنین این درمان بر اساس پژوهش عشورنژاد (۱۳۹۵)، می‌تواند برای مشکلات نوجوانان مؤثر واقع شود. با وجود آن‌که بر مبنای پژوهش‌های گذشته، سبک‌های دلبستگی بر میزان آسیب‌پذیری نوجوانان تأثیر به‌سزایی دارد؛ و گرچه توجه به این سبک‌ها در مداخله‌های روان‌شناختی، می‌تواند به بهبود عملکرد میان‌فردی و اختلال‌های این دوران، کمک شایانی کند؛ اما تا کنون بررسی‌های اندکی در این زمینه صورت گرفته است (دابویز-کومتویز و همکاران، ۲۰۱۳). بر همین اساس در پژوهش حاضر اثربخشی دو درمان با ساختار متفاوت مقایسه و فرضیه‌های زیر آزمون شد.

۱. درمان بین‌فردی روان‌پویشی گروهی بر دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا در نوجوانان دختر اثربخش است و این تأثیر پس از ۳ ماه پایدار می‌ماند.
۲. درمان هیجان‌محور گروهی بر دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا در نوجوانان دختر اثربخش است و این تأثیر پس از ۳ ماه پایدار می‌ماند.
۳. میزان اثربخشی دو روش درمان گروهی بین‌فردی روان‌پویشی و هیجان‌محور بر سبک‌های دلبستگی نوجوانان دختر تفاوت دارد و این تفاوت پس از ۳ ماه پایدار می‌ماند.

روش

این پژوهش از نوع آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری شامل ۲۷۶۴۱ دختر ۱۵ تا ۱۷ ساله در ۸۲ دبیرستان دخترانه مقطع متوسطه دوم شهر شیراز در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. به‌روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای، از بین نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز در ۹ منطقه شهرداری، نواحی ۱ و ۳، و در مرحله بعد از این نواحی ۷ دبیرستان واقع در مناطق ۱، ۲ و ۵ انتخاب شد. به‌این شکل که، دبیرستان‌های نجابت و سروش از منطقه ۵ در جنوب شیراز، دبیرستان‌های توحید، گراشی و الگوه از منطقه ۲ در شرق و دبیرستان‌های یاس و الزهرا از منطقه ۱ و در غرب شیراز انتخاب شد. سپس، از هر پایه تحصیلی در این دبیرستان‌ها ۱ کلاس و حدود ۲۳۰ نفر از دانش‌آموزان این کلاس‌ها به‌قید قرعه انتخاب شدند، و پرسشنامه سبک‌های دلبستگی کولینز و رید ۱۹۹۴ را تکمیل کردند. پس از بررسی اولیه پرسشنامه‌ها، ۶۹ دانش‌آموز دارای دلبستگی نایمن اجتنابی یا دوسوگرا شناسایی شدند. از این میان حدود ۱۰ نفر از آن‌ها به‌دلایل متعدد از شرکت در پژوهش انصراف

دادند. بنابراین در نهایت با توجه به این که دلاور (۱۳۸۷) حجم نمونه لازم و مکفی را برای گروه‌ها در پژوهش آزمایشی، ۱۵ نفر ذکر کرده است؛ ۴۵ نوجوان دختر که دارای بیش‌ترین نمره در سبک‌های دلبستگی ناایمن بودند؛ و ملاک‌های ورود و خروج پژوهش را داشتند؛ انتخاب، و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل سن ۱۵ تا ۱۷ سال، دارا بودن دلبستگی ناایمن دوسوگرا یا اجتنابی بر اساس پرسشنامه دلبستگی کولینز و رید ۱۹۹۴ و رضایت کتبی نوجوانان و والدین آن‌ها برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل داشتن اختلال‌های روانی بارز مانند روان‌پریشی، ابتلا به بیماری جسمی شدید که مانع شرکت در درمان شود، شرکت همزمان در برنامه درمانی دیگر، مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم تمایل نوجوان یا والدین آن‌ها برای ادامه همکاری در پژوهش بود.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس دلبستگی کولینز و رید^۱. کولینز و رید این مقیاس ۱۸ ماده‌ای را در سال ۱۹۹۰، ساختند و در سال ۱۹۹۴، آن را بازنگری کردند. این مقیاس مشتمل بر تحلیل عوامل ۳ خرده‌مقیاس است که هر یک ۶ ماده دارد. الف) خرده‌مقیاس اضطراب یا دلبستگی دوسوگرا که شامل سؤال‌های ۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۵ می‌شود و ترس از داشتن رابطه را می‌سنجد؛ ب) خرده‌مقیاس نزدیک بودن^۲ یا دلبستگی ایمن که سؤال‌های ۱، ۶، ۸، ۱۳، ۱۲ و ۱۷ را شامل می‌شود و میزان صمیمیت و نزدیکی هیجانی را در رابطه اندازه‌گیری می‌کند؛ و ج) خرده‌مقیاس وابستگی^۳ یا دلبستگی اجتنابی که شامل سؤال‌های ۵، ۲، ۱۶، ۱۴، ۷ و ۱۸ می‌شود و اعتماد آزمودنی به دیگران را می‌سنجد. افراد از طریق علامت‌گذاری روی طیف لیکرت از کاملاً با آن موافقم= ۱ تا کاملاً با آن مخالفم= ۵، به سؤال‌ها جواب می‌دهند و خرده‌مقیاسی را که آزمودنی در آن نمره بالاتری کسب کند به‌عنوان سبک دلبستگی وی لحاظ می‌شود. در پژوهش اعتباریابی کولینز و رید ۱۹۹۴، میزان آلفای کرونباخ برای تمام خرده‌مقیاس‌ها، بالای ۰/۸۰ گزارش شده است. در ایران نیز میزان آلفای کرونباخ با استفاده از روش بازآزمون در مورد نمونه‌ای با حجم ۱۰۰ آزمودنی دختر و پسر مقطع متوسطه، سنجش شد و نشان داد که آلفای کرونباخ این پرسشنامه در خرده‌مقیاس دوسوگرا ۰/۸۵، ایمن ۰/۷۸ و در خرده‌مقیاس اجتنابی ۰/۸۱ بوده است (پاکدامن، ۱۳۸۰). میزان آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های سبک دلبستگی در این پژوهش نیز در دوسوگرا، ایمن و اجتنابی به‌ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ به‌دست آمد.

1. Collins & Read Attachment Style Scale
2. closeness
3. dependence

۲. درمان بین‌فردی روان‌پویشی گروهی^۱. این مداخله توسط تسکا، میکائیل و هویت (۲۰۰۵) و در ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین، و جلسه‌های درمان آن در ۴ سطح و با هدف بهبود الگوهای ارتباطی چرخه‌ای طراحی شده است. این الگوها از ۴ موضوع اصلی تشکیل شده‌اند. عمل‌های فرد^۲ که شامل رفتار، افکار و احساس‌های فرد در تعامل با دیگران است؛ عمل‌های دیگران^۳ که شامل رفتار آشکار دیگران نسبت به خود است؛ انتظار از دیگران^۴ که مفروضه‌هایی در مورد افکار یا احساس‌های دیگران را شامل می‌شود؛ و درون‌فکنی^۵ که شامل ادراک خود در تعامل با دیگران است. بر همین اساس، الگوهای چرخه‌ای را می‌توان در دو محور سلطه‌جو- مطیع^۶ و متخاصم-دوستانه^۷ نشان داد. تعامل میان افراد، به‌صورت رفتارهای متضاد در دو بُعد محورها، مشخص می‌شود. به‌عبارت دیگر، هر فرد در روابط خود به‌شکل ویژه‌ای رفتار می‌کند که پاسخ‌های قابل پیش‌بینی را در فرد مقابل به‌وجود می‌آورد. به‌عنوان مثال اظهارات پرخاشگرانه فردی که در بُعد متخاصم قرار گرفته است، رفتارهای دوستانه را در دیگری برانگیخته می‌کند و یا بالعکس. این تعامل‌ها، پایدار باقی می‌مانند و برای هر دو فرد تقویت‌کننده هستند؛ و اگر فردی مطابق الگوی چرخه‌ای خود رفتار نکند، در فرد مقابل یا در هر دو اضطراب ایجاد می‌شود. بنابراین تغییر در الگوهای ارتباطی یک فرد می‌تواند رفتارهای مکمل را در فرد دیگر نیز تغییر دهد. در پژوهش حاضر جلسه‌های درمان بین‌فردی روان‌پویشی گروهی به شرح زیر اجرا شد.

سطح اول. بررسی دلبستگی ساختگی، از جلسه ۱ تا ۴. در جلسه اول، افراد پس از معرفی خود به بیان مشکلات بین‌فردی خود پرداختند و از این امر به‌عنوان موضوعی مشترک برای شروع و ایجاد تعامل میان آن‌ها استفاده شد. در جلسه‌های بعدی مکالمه میان افراد از حالت فردمحور و درمانگرمحور به‌حالت عضو-عضو تبدیل شد. جهت پیش‌برد این امر، از اعضای گروه خواسته شد بازخورد خود را نسبت به مشکلی که توسط یک عضو مطرح شده است، بیان کنند و در ارتباط کلامی و چشمی با وی قرار گیرند. پس از آن، از هر یک از اعضا در مورد احساس‌ها و انتظاراتشان نسبت به این مکالمه‌ها در اینجا و اکنون، پرسش شد. به‌عنوان مثال از افراد سؤال شد که "بازخورد اعضای گروه در تو چه احساسی را ایجاد کرد؟"، "خودت فکر می‌کنی چه احساسی را در دیگران ایجاد کرده‌ای؟" و "یا انتظار داشتی افراد به‌جای این بازخوردها چه چیزی به تو بگویند؟". با طرح

1. Psychodynamic Interpersonal Group Therapy
2. acts of self
3. acts of others
4. expectations of others
5. introject
6. dominant-submissive
7. hostile-freindly

این پرسش‌ها، افراد شروع به خودافشایی کردند و نیازها، عواطف و نگرانی‌های خود را در ارتباط با دیگر اعضا مطرح نمودند. خودافشاگری، منجر به افزایش اضطراب و ترس میان اعضا شد. بنابراین افراد برای کاهش این احساس‌های شدید، شروع به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی همیشگی خود مانند گوشه‌گیری، پرخاشگری و دوستی‌های مبالغه‌آمیز کردند. در این وهله اجازه داده شد تا این تعامل‌ها برای آشکار شدن الگوهای ارتباطی چرخه‌ای، ادامه پیدا کند. سپس، با استفاده از جمله‌های تأکیدی مثبت و بدون استفاده از تفسیر، به الگوهای چرخه‌ای و ترس‌های پشت این الگوها، مانند ترس از صمیمیت در افراد دارای الگوی متخاصم و ترس از پذیرفته نشدن در افراد مطیع، اشاره شد.

سطح دوم. سازمان‌دهی مجدد و تطابق الگوها، از جلسه ۵ تا ۸. در این سطح، به دلیل اوج گرفتن بازخوردها و تعارض‌های بین‌فردی، تنش بین آزمودنی‌ها افزایش یافت. در واقع افراد با بازخوردهایی از سوی دیگر اعضا روبه‌رو شدند که مشابه با انتقادهای مراقبان اولیه بود و احساس فرد را نسبت به خود و دیگران شکل می‌داد. این تعارض‌ها به شدت اضطراب‌زا بود و منجر به تقویت الگوهای ارتباطی چرخه‌ای شد. در این مرحله تفسیر الگوها آغاز شد. تفسیر به صورت اشاره به تأثیر مکالمه‌ها بر احساس فرد نسبت به خود و دیگران و ارتباط آن با تجارب وی در تعامل با مراقبان اولیه بود. این احساس‌ها معمولاً به صورت خشم، غم، نفرت، و یا شرم بود که به دلیل طرد، پذیرفته نشدن، و یا تعارض با مراقبان اولیه ایجاد شده بود. تفسیرها، فرد را نسبت به احساس‌ها و ترس‌های پنهان شده توسط دفاع‌ها، آگاه کرد. سپس افراد با تشویق دیگر اعضای گروه، به بیان این بخش‌ها پرداختند.

سطح سوم. بازتعریف/اصالت دردناک، از جلسه ۸ تا ۱۲. در این سطح، اعضای گروه به دلیل آگاه شدن و بیان بخش‌های پنهان خود و دیگران، دید واقع‌بینانه‌تر و تحمل بیشتری نسبت به این بخش‌ها پیدا کردند. بنابراین محدودیت‌ها و نقص‌های خود و دیگران را بهتر پذیرفتند و این پذیرش شکل روابط میان اعضا را تغییر داد. در واقع، افراد برای اولین بار روابطی بدون ترس، صادقانه و همراه با پذیرش و احترامی را تجربه کردند که در گذشته از آن محروم بودند. بنابراین به خاطر نداشتن این تجارب در زندگی گذشته، احساس خشم، غم و گنجی می‌کردند. در این مرحله از افراد خواسته شد تا برای کاهش این احساس‌ها برای خود شروع به سوگواری کند. به عبارت دیگر هریک از اعضای گروه، شروع به تجربه این احساس‌ها در خود کرد. در نهایت افراد در این مرحله، این نوع از روابط همراه با پذیرش را برای تعامل‌های خود در خارج از گروه نیز مورد آزمایش قرار دادند و تجربه‌های خود را در این زمینه، برای گروه مطرح کردند. در این مرحله دیگر اعضای گروه با بازخوردهای مثبت، به گسترش و تثبیت این نوع از روابط در یک‌دیگر کمک کردند.

سطح چهارم. پایان‌دهی، از جلسه ۱۲ تا ۱۶. در این سطح، واکنش‌های فردی در مقابل خاتمه دادن به درمان به‌عنوان الگویی برای سازگاری با از دست دادن در زندگی واقعی، بررسی شد. در واقع محدود بودن زمان جلسه‌ها منجر به آشکار شدن مشکلات دل‌بستگی در گذشته مانند مرگ و جدایی شد. بنابراین در این مرحله از افراد خواسته شد تا تمامی احساس‌های خود مانند ناامیدی، ناراحتی و لذت را در زمان پایانی و نسبت به اعضای گروه بیان و تجربه کنند. سپس برای کاهش احساس‌های منفی در این لحظه‌ها، به تغییرهای ایجادشده در افراد در طول جلسه اشاره شد و از آن‌ها به‌خاطر نزدیک شدن به دیگران و ایجاد صمیمیت قدردانی شد. همچنین افراد به‌دلیل شجاعت برای بیان و روبه‌رو شدن با ترس‌ها و احساس‌های‌شان مورد تشویق قرار گرفتند.

۳. درمان هیجان‌محور گروهی! در این پژوهش جهت انجام این درمان از راهنمای ویژه درمان هیجان‌محور گروهی استفاده شد که توسط رابینسون، مک‌کاک و ویسل (۲۰۱۴)، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ساخته شده و تمرکز اصلی این درمان بر الگوی پردازش هیجانی فرد است. این الگوها منجر به تجربه هیجان‌های دردناک مانند غم، تنهایی و ناامیدی، و همچنین ناکام ماندن نیازهای فرد مانند نیاز به دوست داشته شدن و امنیت در روابط می‌شود. برای کاهش این هیجان‌ها، فرد همواره سعی می‌کند از آن‌ها اجتناب کند که این امر باعث عدم تجربه درست هیجان و در نتیجه پاسخ‌های ناسازگارانه در روابط میان‌فردی می‌شود. بنابراین این درمان ۵ اصل را دنبال می‌کند که شامل آگاهی هیجانی، بیان هیجان‌ها، تنظیم هیجان، بازتاب فعال هیجان‌ها و خلق معنا و تغییر هیجان است. در پژوهش حاضر جلسه‌های درمان هیجان‌محور گروهی به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول. در این جلسه، آموزش روانی به‌صورت گروهی صورت گرفت. آموزش‌ها در رابطه با چیستی هیجان، انواع هیجان، هیجان‌های اولیه و ثانویه، نتیجه اجتناب از تجربه هیجانی، اهمیت بیان نیازهای بین‌فردی و چگونگی ایجاد آسیب هیجانی، بود.

جلسه دوم. در ابتدای این جلسه، مدت زمان کوتاهی به اضافه کردن و تصحیح اطلاعات اعضای گروه در مورد هیجان، اختصاص داده شد. پس از آن، جهت ایجاد فهم عمیق‌تر نسبت به آموزش‌های ارائه شده، از اعضای گروه خواسته شد تا در ارتباط با مشکل کنونی خود، مثال‌هایی را مطرح کنند. در گام بعدی، افراد با استفاده از اطلاعات خود و بازخورد دیگر اعضای گروه، تجارب هیجانی خود را در این مثال‌ها، هر چند به‌صورت کلی و مبهم، شناسایی کردند. به‌عنوان مثال، افراد متوجه شدند که در موقعیت‌های بین‌فردی خود، احساس‌های منفی مشابهی را تجربه کرده‌اند.

جلسه سوم. در این جلسه برای شناسایی دقیق‌تر و تسهیل بیان هیجان از سوی اعضای گروه، از فن تمرکز بر احساس بدنی استفاده شد. در این روش پس از تمرکز بر تجربه هیجانی که توسط

یک عضو مطرح شد، از وی خواسته شد تا به جای کاهش و یا اجتناب از هیجان‌های آزاردهنده خود، مدتی با آن‌ها باقی بماند و به مشاهده تأثیر این هیجان‌ها در بدن خود بپردازد. سپس از وی خواسته شد تا مشاهده خود را توصیف کند، مثال بزند و نامی برای هیجان‌های خود انتخاب کند. جلسه چهارم. در این جلسه جهت دسترسی به هیجان‌های دردناک غیرقابل قبول در گذشته مانند ناامیدی، خودتخریبی و تنهایی و همچنین تسهیل تجربه این هیجان‌ها در اعضای گروه، از فن صندلی خالی استفاده شد. برای اجرای این فن، دو صندلی روبه‌روی هم قرار داده شد و سپس یکی از اعضا به‌عنوان فرد دارای هیجان دردناک روی یک صندلی و خود تجربه‌کننده هیجان‌ها در وی، به‌صورت خیالی، روی صندلی خالی مقابل قرار گرفت، و دیگر اعضا به مشاهده دقیق وی پرداختند. سپس از این عضو خواسته شد تا هیجان‌های خود را نمایش دهد و به‌عنوان مثال مانند والد سرزنش‌گر به سرزنش خیالی خود در صندلی مقابل بپردازد. پس از ابراز کامل هیجان، از فرد خواسته شد تا به صندلی مقابل برود و اثر این هیجان را تجربه کند.

جلسه پنجم. هدف این جلسه کاهش هیجان‌های دردناک تجربه‌شده و حل مسائل ناتمام در اعضای گروه بود. جهت نیل به این هدف، از هر عضو خواسته شد که خود یا فرد ایجادکننده این احساس‌های دردناک را به‌طور خیالی در صندلی خالی مقابل قرار دهد و تمام هیجان‌های خود مانند خشم، غم و نفرت را نسبت به فرد مورد نظر نمایش دهد. این کار تا زمانی که احساس‌های دردناک فرو نشانده شد و تأثیر آن بر مراجع ملایم‌تر شد، ادامه پیدا کرد. بعد از اجرای این فن توسط یک عضو، از دیگر اعضای گروه خواسته شد که در مورد آن چه که مشاهده کرده‌اند بازخورد دهند و درنهایت درمانگر به توضیح منطقی درمان پرداخت.

جلسه ششم. پس از بیان و تجربه کامل هیجان‌ها، در این جلسه مجدداً از فن صندلی خالی جهت دستیابی به نیازهای ناکام مانده اعضای گروه در تعامل‌های بین‌فردی، استفاده شد. برای پیش‌برد این امر، هر عضو، خود تجربه‌کننده‌اش را در صندلی خالی، به‌شکل فرد یا کودکی خیالی در نظر گرفت که برای مدت زمانی طولانی، هیجان دردناک شدیدی را تجربه کرده و مورد سرزنش واقع شده است. سپس از وی خواسته شد که به صندلی مقابل برود و خود را در غالب این فرد یا کودک قرار دهد و نیازهای نادیده گرفته شده وی را مطرح کند. تصویر کودک خیالی به فرد کمک کرد تا راحت‌تر به نیازهای برآورده نشده در روابط با مراقبان اولیه دست پیدا کند. این نیازها معمولاً بر رهایی از هیجان‌های آزارنده و پذیرفته شدن توسط دیگران متمرکز بود.

جلسه هفتم. پس از کشف نیازهای برآورده نشده در اعضای گروه، جهت افزایش میزان خودشفقتی^۱ این افراد، از آن‌ها خواسته شد تا به این نیازها به‌شیوه‌ای دلسوزانه پاسخ دهند. به‌عنوان

1. self-compassion

مثال خود را در آغوش بگیرند، با خود به دلیل داشتن این هیجان‌ها در گذشته همدردی و از این پس، از خود مراقبت کنند. این فنون باعث شد تا فرد هیجان‌های جدید و کم‌تر دردناکی را تجربه کند و به توانایی پردازش درست هیجان‌ها در موقعیت‌های بین‌فردی دست یابد.

جلسه هشتم، در این جلسه از هر عضو گروه خواسته شد تا احساس‌های خود را نسبت به پایان درمان، تجارب خود در گروه و دیگر اعضا مطرح کند. سپس افراد، به‌عنوان تمرین عملی، این احساس‌ها را بدون اجتناب و به‌طور درست، شناسایی، نام‌گذاری، بیان و تجربه کردند.

شیوه اجرا. در ابتدا، با اخذ مجوز از اداره کل آموزش و پرورش فارس و ناحیه ۱ و ۳ شهر شیراز، به دبیرستان‌های نواحی مذکور مراجعه شد و پرسشنامه‌ها پس از ارائه توضیح‌هایی درباره هدف پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی توسط دانش‌آموزان منتخب، تکمیل گردید. در مرحله بعد افراد بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب، و برای ثبت اطلاعات جمعیت‌شناختی و اجرای مداخله‌های پژوهش به مرکز مشاوره بهارنکو علوم پزشکی شیراز ارجاع داده شدند. سپس در یک جلسه، به شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها، راجع به هدف انجام پژوهش، روند اجرای کار، قوانین حاکم بر گروه‌ها توضیح‌هایی ارائه شد و به آنان برای رعایت موازین اخلاقی نظیر رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد. در مرحله بعد، برگه رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان و والدین آن‌ها تکمیل و مقیاس پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس، آزمودنی‌ها پس از هم‌تاسازی از نظر پایه تحصیلی، سن و نوع سبک دلبستگی به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه و در هر گروه ۱۵ نفر جایگزین شدند. جلسه‌های درمان گروهی بین‌فردی روان‌پویشی در روزهای پنجشنبه، و جلسه‌های درمان گروهی هیجان‌محور در روزهای سه‌شنبه، در مرکز مشاوره بهارنکو در شهر شیراز برگزار شد. در مورد گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. بعد از پایان درمان‌ها، مجدداً مقیاس پژوهش را تمامی شرکت‌کنندگان هر ۳ گروه به‌عنوان پس‌آزمون و پس از گذشت سه ماه به‌عنوان آزمون پیگیری تکمیل کردند. ۱ نفر از گروه روان‌پویشی و ۱ نفر از گروه هیجان‌محور به دلیل غیبت بیش از ۲ جلسه و ۱ نفر از گروه روان‌پویشی و ۲ نفر از گروه گواه به دلیل عدم تمایل برای شرکت در پژوهش حذف، و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. بررسی نمره‌های تمام آزمودنی‌ها در ۳ گروه با استفاده عملیات شناسایی نقاط پرت در نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس.» نشان داد که هیچ‌یک از نمره‌ها در محدوده پرت واقع نشده‌اند. جهت رعایت موازین اخلاقی، پس از اتمام مرحله پیگیری و تحلیل داده‌ها، با توجه به میزان اثربخشی و پایداری تأثیر درمان روان‌پویشی بین‌فردی گروهی، این درمان به‌عنوان روش مداخله‌ای برای گروه گواه طی ۱۶ جلسه در روزهای سه‌شنبه، بعد از اخذ مجوز در مرکز مشاوره آموزش و پرورش کل استان فارس در تیرماه ۱۳۹۶ اجرا گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن ۴۵ نوجوان دختر دارای دلبستگی ناایمن در این پژوهش ۱۵/۸۷ و ۰/۸ در دامنه سنی ۱۷-۱۵ سال بود. در هر سه گروه، ۶ نفر کلاس دهم، ۵ نفر یازدهم و ۴ نفر کلاس دوازدهم و همچنین ۹ نفر دارای دلبستگی اجتنابی و ۶ نفر دارای دلبستگی دوسوگرا بودند. در گروه درمان روان‌پوشی، درآمد خانواده ۱ نفر زیر ۱ میلیون، ۱ نفر بین ۱ تا ۲ میلیون و ۱۳ نفر بالای ۲ میلیون بود. در گروه درمان هیجان‌محور، درآمد خانواده ۱ نفر زیر ۱ میلیون، ۲ نفر بین ۱ تا ۲ میلیون و ۱۲ نفر بالای ۲ میلیون بود. در گروه گواه، درآمد خانواده ۲ نفر بین ۱ تا ۲ میلیون و بقیه بالای ۲ میلیون بود. در گروه درمان روان‌پوشی، ۱ نفر دارای پدر معتاد، شغل ۶ نفر از پدرها آزاد، شغل ۶ نفر از پدرها و ۵ نفر از مادرها کارمند و شغل ۱ نفر از پدرها و یک نفر از مادرها استاد دانشگاه و همچنین در این گروه ۱ نفر دارای مادر فوت شده بود و ۸ نفر دارای مادر خانه‌دار بودند. در گروه درمان هیجان‌محور، ۱ نفر دارای پدر معتاد، ۱ نفر دارای پدر فوت شده، ۵ نفر دارای پدرها و ۴ نفر دارای مادرهای کارمند، ۸ نفر از پدرها و ۲ نفر از مادرها دارای شغل آزاد، ۱ نفر دارای مادر پرستار و ۹ نفر دارای مادر خانه‌دار بودند. در گروه گواه، ۱ نفر دارای مادر و پدر پزشک، ۱ نفر دارای پدر بازنشسته، شغل ۶ نفر از پدرها و ۴ نفر از مادرها کارمند و شغل ۷ نفر از پدرها و ۱ نفر از مادرها آزاد و ۸ نفر دارای مادر خانه‌دار بودند. در گروه روان‌پوشی، ۶ نفر از پدرها و ۷ نفر از مادرها تحصیلات دیپلم و زیردیپلم و ۹ نفر از پدرها و ۸ نفر از مادرها تحصیلات دانشگاهی داشتند. در گروه هیجان‌محور، ۷ نفر از پدرها و ۹ نفر از مادرها دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم و ۸ نفر از پدرها و ۶ نفر از مادرها دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در گروه گواه نیز ۶ نفر از پدرها و ۶ نفر از مادرها تحصیلات دیپلم و زیردیپلم و ۹ نفر از پدرها و ۹ نفر از مادرها تحصیلات دانشگاهی داشتند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای وابسته به تفکیک گروه‌ها و مراحل آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	انحراف
		میانگین	میانگین	میانگین	معیار
اجتنابی	روان‌پوشی	۱۱/۷۷	۴/۶۶	۵/۳۳	۲
	هیجان‌محور	۱۲/۳۷	۵/۱۲	۷/۵۰	۳/۹۰
	گواه	۱۳/۱۲	۱۲/۱۲	۱/۵۵	۲
دوسوگرا	روان‌پوشی	۱۷/۳۳	۴/۸۹	۶/۸۹	۲/۷۱
	هیجان‌محور	۱۷/۳۷	۶/۵۰	۱۲/۲۵	۵/۰۳
	گواه	۱۷/۲۵	۱۸/۳۷	۱/۳۰	۱/۳۰

طبق جدول ۱ نمره خرده مقیاس های دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا، در دو گروه آزمایشی درمان بین فردی روان پویشی و هیجان محور، در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر داشته است. اما این تغییر برای گروه گواه، در هیچ یک از مراحل دیده نمی شود.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره، همگنی واریانس های سه گروه، و کرویت موخلی

متغیر	کولموگروف-اسمیرنوف	ام باکس	لوین	کرویت موخلی
	Z	F	F	X ² W
اجتنابی	۰/۷۳۳	۰/۰۱۳	۰/۲۴	۱/۸۱
دوسوگرا	۱/۱۱۷	۰/۰۱۷	۳/۳۲	۴/۱۲

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

در جدول ۲ نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برقراری مفروضه توزیع طبیعی داده ها را در متغیرهای پژوهش، نتایج آزمون ام باکس رعایت شرط همگنی ماتریس های واریانس-کواریانس را، مقدار آزمون لوین برقراری همگنی واریانس خطا را و نتایج آزمون موخلی نیز رعایت فرض برابری واریانس های درون آزمودنی ها را نشان می دهد. بنابراین می توان کرویت ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت و از مقدار F بدون تعدیل درجه آزادی استفاده کرد.

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر برای نمره های متغیرها در سه گروه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذورات آنا
دلبستگی اجتنابی	مرحله	۳۶۸/۸۲۷	۲	۱۸۴/۴۱۴	۶۹/۸۶۷**	۰/۷۰
	مرحله* گروه	۱۳۷/۵۵۸	۴	۳۴/۳۹	۱۳/۰۲۹**	۰/۹۲
	خطا	۱۸۰/۱۵۸	۴۲	۲/۶۳۹	-	
	گروه	۳۹۹/۲۸۵	۲	۱۹۹/۶۴۳	۱۴/۱۸۳**	
دلبستگی دوسوگرا	خطا	۲۹۵/۲۸۵	۲۱	۱۴/۰۷۶	-	۰/۷۱
	مرحله	۶۶۳/۱۸۶	۲	۳۳۱/۵۹۳	۵۲/۳۰۷**	۰/۹۱
	مرحله* گروه	۵۲۴/۸۸۴	۴	۱۳۱/۲۲۱	۲۰/۶۹۹**	
	خطا	۲۶۶/۲۵۵	۴۲	۶/۳۳۹	-	
گروه	۸۲۱/۲۱۴	۲	۴۱۰/۶۰۷	۵۰/۴۹۳**		
خطا	۱۷۰/۷۷۲	۲۱	۸/۱۳۲	-		

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که تفاوت بین میانگین نمره های سبک های دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و در گروه های بین فردی روان پویشی، هیجان محور و گواه معنادار است (P=۰/۰۰۱). معنادار بودن تعامل میان مراحل با هر دو گروه آزمایشی در سبک های دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا، حاکی از آن است که در

مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین گروه‌های آزمایشی بین فردی روان‌پوشی و هیجان محور، به‌طور معنی‌داری، با گروه گواه متفاوت است ($P=0/001$). این نتایج بیانگر اثربخشی حداقل یکی از درمان‌های گروهی بین فردی روان‌پوشی و هیجان محور بر سبک‌های دلبستگی ناایمن اجتنابی، و دوسوگرا، در این مراحل است ($P=0/001$).

جدول ۴. نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه جفتی میانگین نمره‌های متغیرها

متغیر	زمان اندازه‌گیری	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	
اجتنابی	روان‌پوشی-هیجان محور	۰/۶۵	۱/۱۹	-۰/۲۴	۱/۲۲	۲/۲۳
	هیجان محور-گواه	-۰/۶۹	۱/۲۲	-۷/۶۹**	۱/۲۵	-۴/۹۲*
	روان‌پوشی-گواه	-۱/۳۴	۱/۱۵	-۷/۴۵**	۱/۱۷	-۷/۱۶**
دوسوگرا	روان‌پوشی-هیجان محور	۰/۰۹	۱/۱۹	۱/۸۲	۱/۱۸	-۶/۲۵*
	هیجان محور-گواه	۰/۱۸	۱/۲۲	-۱۱/۶**	۱/۲۱	-۴/۲۳*
	روان‌پوشی-گواه	۰/۸۳	۱/۱۵	-۱۳/۵**	۱/۱۴	-۱۰/۴۸**

* $P<0/05$ ** $P<0/01$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمره‌های دلبستگی اجتنابی ($P=0/59$) و دوسوگرای ($P=0/39$) دو گروه آزمایشی روان‌پوشی، هیجان محور و گواه در مرحله پیش‌آزمون، معنادار نیست. مقایسه جفتی میانگین نمره‌های اجتنابی ($P=0/25$) و دوسوگرای ($P=0/94$) گروه روان‌پوشی با گروه گواه و مقایسه جفتی میانگین نمره‌های اجتنابی ($P=0/57$) و دوسوگرای ($P=0/88$) گروه هیجان محور با گروه گواه معنادار نیست. در مرحله پس‌آزمون، تفاوت میانگین نمره‌های دلبستگی اجتنابی ($P=0/13$) و دوسوگرا ($P=0/84$) در دو گروه آزمایشی روان‌پوشی و هیجان محور معنادار نیست. اما در مقایسه جفتی تفاوت میانگین نمره‌های دلبستگی اجتنابی ($P=0/001$) و دوسوگرای ($P=0/001$) گروه روان‌پوشی با گروه گواه و همچنین مقایسه جفتی میانگین نمره‌های دلبستگی اجتنابی ($P=0/001$)، و دوسوگرای ($P=0/001$) گروه هیجان محور با گروه گواه در این مرحله، معنادار است. این اطلاعات نشان می‌دهند که تفاوت میان اثربخشی دو مداخله روان‌پوشی و هیجان محور معنادار نیست و هر دو به یک میزان منجر به کاهش معنی‌دار دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا، شده‌اند. در مرحله پیگیری نیز تفاوت بین میانگین نمره‌های اجتنابی ($P=0/13$) در دو گروه روان‌پوشی و هیجان محور معنادار نیست. اما این تفاوت در دلبستگی دوسوگرا ($P=0/016$)، معنادار است. در این مرحله، مقایسه جفتی میانگین نمره‌های اجتنابی ($P=0/001$) و دوسوگرای ($P=0/001$) گروه روان‌پوشی با گروه گواه معنادار است. بنابراین، تفاوت میان پایداری تأثیر دو رویکرد درمانی بر دلبستگی اجتنابی معنادار است، و تأثیر مداخله

روان‌پویشی پایدارتر است. مقایسه جفتی میانگین نمره‌های دلبستگی اجتنابی ($P=0/0001$) و دوسوگرای ($P=0/0001$) گروه هیجان‌محور با گروه گواه در مرحله پیگیری، معنی‌دار است. بنابراین اثربخشی هر دو رویکرد درمانی بر دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا پایدار مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان بین‌فردی روان‌پویشی بر دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا، اثربخش بوده است. این یافته‌ها با نتایج حاصل پژوهش‌های ازای تسکا و همکاران (۲۰۰۶) و گالاگر و همکاران (۲۰۱۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت دلبستگی نایمن اولیه منجر به شکل‌گیری الگوی ارتباطی چرخه‌ای در تعامل با دیگران می‌شود. تمرکز اصلی درمان گروهی بین‌فردی روان‌پویشی بر این الگوها است که در حفظ و تشدید دلبستگی‌های آسیب‌زا منجر به اختلال‌ها نقش دارند (تسکا و همکاران، ۲۰۰۵). الگوهای چرخه‌ای به چند طریق می‌توانند به بهبود سبک‌های دلبستگی کمک کنند. از یک‌سو، این الگوها به مراجع کمک می‌کنند تا فهم عمیقی نسبت به رفتارهای خود پیدا کند، که ریشه مشکل کنونی وی هستند. این بینش شناختی و هیجانی، به فرد کمک می‌کند تا در روابط خود دست به انتخاب‌های سازگارانه‌تری بزند و در نتیجه الگوهای بین‌فردی پاداش‌دهنده‌تری را تجربه کند که شکل دلبستگی را در وی تغییر می‌دهد. همچنین الگوهای چرخه‌ای اطلاعات ارزشمندی را به درمانگر در زمینه رفتارها و مقاصد بین‌فردی، مکانیسم‌های دفاعی، احساس‌های سرکوب‌شده و پیامدهای مرتبط با رفتارهای مراجع می‌دهد. این اطلاعات در مشخص کردن مشکل کنونی، روند درمان و به‌کارگیری مداخله‌های اثربخش به درمانگر کمک می‌کند. مداخله‌هایی که شامل بینش، تفسیر و اصلاح تجربه هیجانی است، از طریق افزایش احساس امنیت و حمایت در بین اعضای گروه، به این افراد کمک می‌کند تا در الگوهای درون‌کاری خود تجدیدنظر کند تا به‌طور مؤثرتر و مثبت‌تری به یک‌دیگر پاسخ دهند و در نتیجه برخلاف روابط گذشته احساس، فکر و عمل کنند (تسکا و همکاران، ۲۰۱۱).

همچنین نتایج حاکی از آن بود که درمان هیجان‌محور بر سبک‌های دلبستگی نایمن دوسوگرا و اجتنابی تأثیرگذار بوده است. این نتیجه با پژوهش‌های زاکارانی و همکاران (۲۰۱۲) و موزر و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. در توضیح و تبیین این یافته می‌توان گفت در سبک دلبستگی نایمن، الگوی پردازش هیجانی ناسازگار است، که باعث ناتوانی در بیان نیازهای عاطفی و در نتیجه ناسازگاری در روابط بین‌فردی می‌شود (گریشام و گالون، ۲۰۱۲). درواقع یکی از اهداف درمان دلبستگی، تغییر در الگوی درون‌کاری است و از نظر درمان هیجان‌محور سریع‌ترین راه برای ایجاد تغییر در این الگوها، تنظیم نظام پردازش هیجان است (جانسون، ۲۰۰۹). بر همین اساس به‌نظر می‌رسد،

ویژگی‌های گروه‌درمانی در این رویکرد به کلامی کردن احساس‌ها و افزایش روند پردازش هیجان کمک می‌کند (مارموش و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع درمانگر و دیگر اعضای گروه به‌عنوان الگو از طریق ویژگی یادگیری مشاهده‌ای در گروه، می‌توانند به فرد نشان دهند که چگونه احساس خود را بازتاب دهد و آن را کلامی کند. از سوی دیگر، فنون متمرکز بر هیجان به‌ویژه تمرین‌صندلی در این رویکرد، باعث می‌شود تا فرد نسبت به بخش‌هایی از خود که مانع پردازش درست هیجان‌ها است، آگاهی پیدا کند، روند معیوب پردازش را متوقف کند و هیجان‌های مخرب از جمله خشم و از خودبیزاری را در روابط دلبستگی اولیه، کاهش دهد (گرینبرگ، ۲۰۱۰). در نتیجه آزمودنی قادر می‌شود نیازهای دلبستگی خود را به‌طور مؤثرتری بیان و تجربه کند و سبک‌های دلبستگی را در خود بهبود بخشد.

درنهایت، نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت میان اثربخشی درمان بین‌فردی روان‌پویشی و هیجان‌محور گروهی بر سبک‌های دلبستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا معنادار نیست و هر دو درمان به یک میزان بر این سبک‌های اثرگذارند. در این پژوهش در مرحله پیگیری، نتایج اثربخشی هر دو رویکرد درمانی بر دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا پایدار باقی مانده بود؛ اما تفاوت میان پایداری تأثیر دو درمان بر دلبستگی اجتنابی معنادار و درمان روان‌پویشی پایدارتر بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش تسکا و همکاران (۲۰۱۴) و تسکا و همکاران (۲۰۱۲)، همسو و با پژوهش ویب و همکاران (۲۰۱۷) ناهمسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت ممکن است این نتیجه به‌دلیل تفاوت در ساختار این دو درمان باشد. درواقع، درمان هیجان‌محور روشی ساختارمند و هدایت‌گراانه است (گرینبرگ، ۲۰۱۰)، درمقابل درمان بین‌فردی روان‌پویشی، غیرهدایت‌گراانه و مراجع‌محور است (تسکا و همکاران، ۲۰۰۵). ممکن است این ساختارها باعث تفاوت در میزان اهمیت روابط میان‌فردی، در دو رویکرد درمانی شده باشد.

تأکید درمان بین‌فردی روان‌پویشی مانند سایر روش‌های غیرمستقیم، بر روابط میان‌فردی است و بنابراین از همان مراحل اولیه، تعامل‌های بسیار گسترده‌ای را میان اعضای گروه ایجاد می‌کند. این تعامل‌ها دربرگیرنده روابط اعضا در خارج از گروه است و باعث می‌شود افراد برحسب سبک دلبستگی خود، به‌صورت مضطرب، دوری‌جو یا ایمن به گروه نیز دلبسته شوند (مارموش و همکاران، ۲۰۱۳). این امر فرصت بسیار مناسبی را برای شناخت و اصلاح دلبستگی‌های آسیب‌زا، در اختیار درمانگر قرار می‌دهد. در پژوهش‌های گذشته نیز، روش‌های روان‌پویشی در مقایسه با روش‌های فن‌مدار، در حل مشکلات بین‌فردی، موفق‌تر بوده‌اند (لوی، میهان، کریستینا، تمس و یومانز، ۲۰۱۲). همچنین بر اساس پژوهش تسکا و همکاران (۲۰۱۱)، درمان بین‌فردی روان‌پویشی می‌تواند مسائل عمیق دلبستگی، مانند مکانیسم‌های دفاعی و تجربه‌های احساسی سرکوب شده و مفهوم خود را در تمام سطوح حل کند؛ و تاریخچه جدیدی از تعامل‌ها را در گروه ایجاد کند که

به روابط فرد در خارج از گروه قابل تعمیم است، و در طول زمان پایدار باقی می‌ماند. شدلر (۲۰۱۰)، در پژوهشی فراتحلیل نشان داد اثربخشی درمان‌های روان‌پویشی در زمینه مشکلات بین‌فردی، به دلیل تأثیر بر این عوامل ریشه‌ای، بین ۳ تا ۵ سال پایدار باقی می‌ماند. این درحالی است که درمان هیجان‌محور مانند سایر روش‌های مستقیم، بر فنون متمرکز است، و سعی دارد تا با استفاده از روش‌های یک‌پارچه و ساختارمند، به صورت یک خود‌کمکی^۱ در کنار مراجع قرار بگیرد، و به وی کمک کند تا هرچه سریع‌تر به هسته مشکل کنونی خود دست یابد (جانسون، ۲۰۰۹). بنابراین ممکن است در طول درمان، بسیاری از عوامل بین‌فردی که میان اعضا رخ می‌دهد، نادیده گرفته شود و در نتیجه شناسایی و اصلاح عوامل مؤثر در تداوم دلبستگی نایمن با مشکل روبه‌رو شود. از این‌رو، گرچه ممکن است درمان هیجان‌محور گروهی، به دلیل نقش کنترل‌کننده و هدایت‌گرانه درمانگر و استفاده از فنون قدرت‌مند، دلبستگی نایمن را به سرعت بهبود بخشد (جانسون، ۲۰۰۹)؛ اما پس از پایان درمان و با برداشته شدن نقش کمک‌کننده درمانگر، مشکل فرد در روابط میان‌فردی بازگشت می‌کند. درکل می‌توان گفت گرچه این پژوهش، به چهارچوب درمانی مناسبی برای حل مشکلات دلبستگی در نوجوانان دست یافته است، اما به دلیل کم بودن تعداد شرکت‌کنندگان و ناکافی بودن تعداد پژوهش‌های صورت گرفته، قابلیت تعمیم کمی دارد. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود که این درمان‌ها، برای سایر مشکلات دلبستگی در این دوران، مانند مشکلات رفتاری، خودکشی، سوء‌مصرف مواد، عملکرد تحصیلی، روابط با هم‌سال‌ها و اختلال‌های روانی به‌ویژه اختلال خوردن، افسردگی و اضطراب، به کار گرفته شود، و نتایج آن با نتایج دیگر رویکردهای مداخله‌ای در این زمینه مانند خانواده درمانی مقایسه گردد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول مقاله است؛ و با همکاری نهادهای دانشگاه علوم و تحقیقات واحد تهران و آموزش و پرورش و دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شده است. از همکاری صمیمانه این بزرگواران و شرکت دختران نوجوان عزیز قدردانی می‌شود.

منابع

پاکدامن، شهلا. (۱۳۸۰). بررسی ارتباط بین دلبستگی و جامعه‌طلبی در نوجوانی. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه تهران.
دلاور، علی. (۱۳۸۷). احتمالات و آمار کاربردی در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران. انتشارات رشد.

شکراله‌زاده، معصومه، سید موسوی، پریسا سادات، زاده‌محمدی، علی، نصیری‌هانیس، غفار. (۱۳۹۶). نقش میانجی‌گر دل‌بستگی به هم‌سال‌ها در رابطه بین دبستگی به پدر و مادر و نمود یافتگی هیجانی نوجوانان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۲) پیاپی ۴۲: ۲۳۵-۲۱۵.

عشورنژاد، فاطمه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر افزایش تاب‌آوری و دل‌مشغولی‌های تحصیلی در دانش‌آموزان دختر نوجوان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰(۴) پیاپی ۴۰: ۵۲۱-۵۰۱.

کمالی‌ایگلی، سمیه، ابولمعالی‌الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۵). پیش‌بینی راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجانی بر اساس فرایندهای ارتباطی خانواده و کمال‌گرایی در دختران نوجوان دبیرستانی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰(۳) پیاپی ۳۹: ۳۱۰-۲۹۱.

- Clements-Nolle K., & Rivera, C. M. (2013). *The epidemiology of adolescent health*. New York, NY: Springer press.
- Dubois-Comtois, K., Cyr, C. H., Pascuzzo, K., Lessard, M., & Poulin, C. (2013). Attachment theory in clinical work with adolescents. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 1(3): 2-8.
- Gallagher, M. E., Tasca, G. A., Ritchie, K., Balfour, L., & Bissada, H. (2014). Attachment anxiety moderates the relationship between growth in group cohesion and treatment outcomes in group psychodynamic interpersonal psychotherapy for women with binge eating disorder. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 18(1): 38-52.
- Greenberg L. (2010). Emotion-focused therapy: A clinical synthesis. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 3(1): 32-42.
- Greene, L. R. (2012). Group therapist as social scientist, with special reference to the psychodynamically oriented psychotherapist. *American Psychologist*, 67(6): 477-489.
- Gresham, D., Gullone, E. (2012). Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment. *Personality and Individual Differences*, 52(5): 616-621.
- Jones, J. D., Fraley, R. C., Ehrlich, K. B., Stern, J. A., Lejuez, C. W., Shaver, P. R., & Cassidy, J. (2017). Stability of attachment style in adolescence: An empirical test of alternative developmental processes. *Child Development*, 12(7): 211-229. DOI: 10.1111/cdev.12775.
- Jounson, S. (2009). *Attachment theory and emotionally focused therapy for individuals and couples*. In: Obegi, J. H., & Berant, E. (Eds). Attachment theory and research in clinical work with adults (pp: 410-434). Guilford Press.
- Levy, K. N., Meehan K. B., Christina M., Temes, CH. M., & Yeomans, F. E. (2012). *Attachment theory and research: Implications for psychodynamic psychotherapy*. In: Levy R., Ablon J., and Kächele H. (Eds). Psychodynamic Psychotherapy Research (pp 401-416). Current clinical Ppsychiatry, totowa, NJ: Humana Press.

- Madigan, S., Brumariu, L. E., Villani, V., Atkinson, L., & Lyons-Ruth, K. (2016). Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychological Bulletin*, 142(4): 367-399.
- Marmarosh, C., Markin, R., & Spiegel, E. (2013). *Attachment in group psychotherapy*. Washington, DC: The American Psychological Association.
- Maxwell, H., Tasca, G. A., Ritchie, K., Balfour, L., & Bissada, H. (2014). Change in attachment insecurity is related improved Outcomes 1-year post group therapy in women with binge eating disorder. *Psychotherapy*, 51(1): 57-65
- Moser, M. B., Jounson, S., Dalglish, T., Lafontaine, M. F., Wiebe, S. A., & Tasca, G. A. (2016). Change in relationship-specific attachment in emotionally focused couple therapy. *Journal of Marital and Couple Therapy*, 42(2): 231-245
- Pascuzzo, K., Moss, E., & Cyr. (2015). Attachment and emotion regulation strategies in predicting adult psychopathology. *SAGE Journal*, 5(3): 1-15.
- Pinquart, M., Feussner, Ch., Ahnert, L. (2012). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment & Human Development*, 15(2): 189-218.
- Pojman, A. (2009). *Adolescent group psychotherapy: Method, madness, and the basics*. New York: American group psychotherapy association.
- Rasco, D., Warner, R. M. (2017). Relationship authenticity partially mediates the effects of attachment on relationship satisfaction. *The Journal of Social Psychology*, 157(4): 445-457
- Robinson, A.I., Maccague, E.A., Whissell, C. (2014). That chair work thing was great: a pilot study of group-based emotion-focused therapy for anxiety and depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(4): 108-129.
- Scott, L. N., Whalen, D. J., Zalewski, M., Beeney, J. E., Pilkonis, P. A., Hipwell A. E., Stepp, S. D. (2013). Predictors and consequences of developmental changes in adolescent girls' self-reported quality of attachment to their primary caregiver. *Journal of Adolescent*, 36(1): 797-806.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2): 98-109.
- Sherman, L. J., Rice, K., Cassidy J. (2015). Infant capacities related to building internal working models of attachment figures: A theoretical and empirical review. *Developmental Review*, 37(3): 109-141.
- Tasca G. A., Balfour L., Presniak M. D & Bissada H. (2012). Outcomes of specific interpersonal problems for binge eating disorder: Comparing group psychodynamic interpersonal psychotherapy and group cognitive behavioral therapy. *International of group psychotherapy*, 62(2): 197-218.
- Tasca, G. A., Mikail, S., & Hewitt, P. (2005). *Group psychodynamic interpersonal psychotherapy: A manual for time limited treatment of binge eating disorder*. In M. E. Abelian (Ed.), *Focus on psychotherapy research* (pp. 159-188). Hauppauge, NY: Nova.

- Tasca, G. A., Ritchie, K., & Balfour, L. (2011). Practice review: Implications of attachment theory and research for the assessment and treatment of eating disorders. *Psychotherapy Research*, 48(2): 249–259.
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Daigle, V., & Bissada, H. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16(1): 106–121.
- Tschuschke, V., Anbeh, T., & Kiencke, P. (2007). Evaluation of long term analytic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40(3): 140-159.
- Wiebe, S. A., Jounson, S., Lafontaine, M. F., Moser, M. B., Dalglish, T., & Tasca, G. A. (2017). Two-year Follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: An investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. *Journal of Marital and Family therapy*, 43(2): 227-244.
- Zuccarani, D., Jounson, S., Dalglish T. L., Makinen, J. A. (2012). Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: The client change process and therapist interventions. *Journal of Marital and Family therapy*, 39(2): 148-162.

پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسال

کاملاً مخالفم	تا حدودی مخالفم	نه مخالف نه موافق	تا حدودی موافق	کاملاً موافق	عبارتها
۱	۲	۳	۴	۵	۱. ایجاد ارتباط با دیگران برایم آسان است.
۱	۲	۳	۴	۵	۲. مشکل به خودم اجازه می‌دهم که به دیگران وابسته باشم.
۱	۲	۳	۴	۵	۳. در روابطم اغلب نگرانم که طرف مقابل واقعاً دوستم نداشته باشد.
۱	۲	۳	۴	۵	۴. آن قدر که من دوست دارم به دیگران نزدیک شوم، دیگران به اندازه من تمایل به این ارتباط ندارند.
۱	۲	۳	۴	۵	۵. دوست دارم به دیگران متکی باشم.
۱	۲	۳	۴	۵	۶. از این که کسی به من نزدیک شود ناراحت نمی‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۵	۷. فکر می‌کنم وقتی به دیگران احتیاج دارم هیچ‌گاه در دسترس نیستند.
۱	۲	۳	۴	۵	۸. از این که به مردم نزدیک باشم راحت نیستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۹. در روابطم اغلب نگرانم که طرف مقابلم نخواهد ارتباطش را با من ادامه دهد.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۰. وقتی احساساتم را به دیگران نشان می‌دهم، می‌ترسم که آن‌ها همان احساس را درباره من نداشته باشند.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۱. در ارتباطاتم اغلب از خود می‌پرسم آیا طرف مقابل واقعاً به من توجه دارد.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۲. به راحتی می‌توانم با دیگران روابط دوستانه نزدیک برقرار کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۳. وقتی کسی خیلی با من صمیمی می‌شود، عصبی می‌شوم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۴. می‌دانم وقتی که به دیگران نیاز داشته باشم، آن‌ها در دسترس خواهند بود.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۵. دلم می‌خواهد به مردم نزدیک شوم اما می‌ترسم به من صدمه بزنند.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۶. فکر می‌کنم که مشکل است که آدم به دیگران کاملاً اعتماد کند.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۷. اغلب مردم می‌خواهند با من صمیمی‌تر از آن حدی بشوند که من احساس راحتی می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۸. مطمئن نیستم که بتوانم به افرادی تکیه کنم که به هنگام نیاز در دسترس باشند.
