



The Efficacy of an Integrated Attachment-Based Therapy and Compassion-Focused Therapy Package on Attachment Styles and Shame in Adults with Insecure Attachment

Mahmood Nayeri¹, Hamid Nejat², Alireza Rajaei³, Hossein Akbari Amarghan⁴, Ahmad Akbari⁵

1. PhD Student, Department of Counseling, Ma.C., Islamic Azad University, Mashhad, Iran. E-mail: mahmood.nayeri@iau.ac.ir

2. Associate Professor, Department of Counseling, Ma.C., Islamic Azad University, Mashhad, Iran. E-mail: dr.nejat54@iau.ac.ir

3. Professor, Department of Counseling, Ma.C., Islamic Azad University, Mashhad, Iran. E-mail: 5229547456@iau.ir

4. Assistant Professor, Department of Counseling, Qu.C., Islamic Azad University, Quchan, Iran. E-mail: drakbari54@iau.ac.ir

5. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Ma.C., Islamic Azad University, Mashhad, Iran. E-mail: akbari180@iaubc.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 25 May 2025

Received in revised form 11 August 2025

Accepted 19 December 2025

Published Online 23 July 2026

Keywords:

attachment-based therapy, compassion-focused therapy, adults with insecure attachment, attachment styles, shame.

ABSTRACT

Background: Although insecure attachment is linked to maladaptive shame, few studies have examined integrated interventions targeting both constructs. While attachment-based therapy addresses relational patterns and compassion-focused therapy reduces self-criticism, the combined efficacy of these approaches remains understudied. This study bridges this gap by evaluating their integrated package on attachment styles and shame in adults with insecure attachment.

Aims: The present study aimed to examine the effects of an integrated attachment-based therapy and compassion-focused therapy package on attachment styles and shame in adults with insecure attachment.

Methods: This quasi-experimental research employed a pretest-posttest design with a control group and three-month follow-up. The statistical population included all artists working at the Independent Theater Campus of Mashhad in 2024. Thirty participants were selected through convenience sampling based on inclusion criteria. Data were collected using the Attachment Styles Questionnaire (Hazan & Shaver, 1987), Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003), Self-Conscious Affect Questionnaire (Tangney et al., 1992), and Fear of Intimacy Scale (Descutner & Thelen, 1991). SPSS software version 27 and repeated measures analysis of variance were used to analyze the data.

Results: Findings indicated that the integrated therapy package significantly improved attachment styles ($p < 0.05$) and reduced shame in adults with insecure attachment ($p < 0.05$). These effects remained stable at follow-up ($p < 0.05$).

Conclusion: The results suggest that combining these two therapeutic approaches can serve as an effective intervention for improving attachment issues and shame in clinical populations. Therapists can utilize this integrated protocol to alleviate clients' distress and enhance interpersonal relationships.

Citation: Nayeri, M., Nejat, H., Rajaei, A., Akbari Amarghan, H., & Akbari, A. (2026). The efficacy of an integrated attachment-based therapy and compassion-focused therapy package on attachment styles and shame in adults with insecure attachment. *Journal of Psychological Science*, 25(161), 1-21. [10.66224/jps.25.161.11](https://doi.org/10.66224/jps.25.161.11)

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 161, 2026

© The Author(s). DOI: [10.66224/jps.25.161.11](https://doi.org/10.66224/jps.25.161.11)



✉ **Corresponding Author:** Hamid Nejat, Associate Professor, Department of Counseling, Ma.C., Islamic Azad University, Mashhad, Iran.
E-mail: dr.nejat54@iau.ac.ir, Tel: (+98)9155141796

Extended Abstract

Introduction

Attachment theory, originally developed by Bowlby (1969), has become a cornerstone of psychological research, emphasizing the profound impact of early caregiver-child relationships on emotional regulation and interpersonal functioning throughout the lifespan. Insecure attachment patterns—characterized by avoidance, anxiety, or disorganization—have been consistently linked to various psychological difficulties, including difficulties in emotion regulation, interpersonal conflicts, and heightened vulnerability to psychopathology (Scigala et al., 2021). Adults with insecure attachment often struggle with chronic feelings of shame, a painful self-conscious emotion rooted in the belief that one is fundamentally flawed or inadequate (Sedighmornani et al., 2021). Shame not only exacerbates psychological distress but also perpetuates maladaptive coping strategies, such as social withdrawal or excessive self-criticism, further entrenching attachment-related difficulties (Park & Shields, 2023). Given the interplay between attachment insecurity and shame, there is a growing need for therapeutic interventions that address both constructs simultaneously to foster lasting emotional and relational healing.

Traditional attachment-based therapies have shown efficacy in modifying internal working models of relationships, yet they may not sufficiently target the deep-seated emotional wounds associated with shame (Han & Lee, 2022). Conversely, compassion-focused therapy (CFT), developed by Gilbert (2010), directly addresses shame by cultivating self-compassion and reducing self-criticism, but it may overlook the relational contexts in which shame originates. Integrating these approaches offers a promising avenue for holistic intervention, as attachment-focused techniques can repair interpersonal schemas, while CFT fosters emotional resilience and self-acceptance. Preliminary studies on such integrative models have demonstrated reductions in shame and improvements in attachment security, but research remains limited, particularly in non-Western populations (Tironi et al., 2021). This study seeks to

bridge this gap by examining the effects of a combined attachment- and compassion-based intervention in an Iranian sample, where cultural norms around family and emotional expression may uniquely influence attachment dynamics and shame experiences.

The psychological toll of insecure attachment and shame is particularly evident in adults who report chronic relationship difficulties, low self-worth, and emotional dysregulation (Sood et al., 2022). In Iran, where familial bonds are central to social identity, disruptions in early attachment may carry heightened consequences for psychological well-being. For instance, cultural expectations of familial loyalty and emotional restraint may amplify feelings of shame when individuals perceive themselves as failing to meet these standards. Despite these challenges, few culturally adapted interventions exist to address the specific needs of this population. Existing therapies often focus on symptom reduction without targeting the underlying attachment and shame-related mechanisms that perpetuate distress. An integrative approach that combines attachment repair with shame reduction could thus offer a more comprehensive solution, aligning with both universal psychological principles and culturally specific relational dynamics. The current study developed a blended therapeutic package incorporating principles from attachment-based therapy and CFT, tailored for Iranian adults with insecure attachment. The intervention aimed to (a) modify maladaptive attachment representations through corrective relational experiences, (b) reduce shame through compassion cultivation exercises, and (c) enhance emotional regulation skills. By addressing both the relational and intrapersonal dimensions of distress, this approach was hypothesized to yield more robust and sustainable outcomes than singular therapies. Prior research has supported the individual effectiveness of these modalities, but their combined potential remains underexplored, especially in long-term follow-ups. This study's focus on durability of effects is critical, as transient improvements may not suffice to break the cycle of attachment insecurity and shame.

This research contributes to the literature in three key ways. First, it tests the efficacy of a novel, integrative

intervention in a cultural context where such approaches are scarce. Second, it examines both immediate and sustained effects on attachment security and shame, addressing calls for longitudinal attachment research (Ayribas et al., 2023). Third, it offers practical insights for clinicians working with insecure adults in collectivist societies, where shame and relational harmony are deeply intertwined. By elucidating the mechanisms of change, this study aims to advance both theoretical and applied understanding of how combined therapies can heal attachment wounds and alleviate shame, ultimately fostering healthier relationships and self-concepts.

Method

The present study employed a quasi-experimental design with pretest-posttest measures and a three-month follow-up, including a control group. The statistical population consisted of all working artists at the Independent Theater Campus in Mashhad during the year 2024. From this population, 30 participants were selected using convenience sampling based on inclusion criteria. The sample size was determined by referencing similar studies, and in experimental research, a minimum of 15 participants per group is recommended (Delavar, 2020). Koochpayehzadeh (2019), in studies involving the development and evaluation of integrated therapeutic and educational packages, also determined a sample size of 30 participants, divided equally into experimental and control groups (15 participants each).

Participants' eligibility was carefully controlled through strict adherence to inclusion and exclusion criteria. To qualify for the study, individuals were required to provide written informed consent and score in the moderate or low range on the Hazan and Shaver Attachment Style Questionnaire, indicating insecure attachment. The age range of participants was set between 20 and 35 years, with a minimum educational requirement of a high school diploma. Additional inclusion criteria included not receiving concurrent psychological therapy, not using psychiatric medications, having no history of substance or alcohol addiction, and having no significant medical conditions—all verified through

structured clinical interviews and medical record reviews.

During the study, participants were excluded if they missed more than two sessions, withdrew consent, or violated any inclusion criteria (e.g., starting psychiatric medication or developing a medical condition). These criteria were implemented to ensure sample homogeneity and control for confounding variables, thereby maximizing the validity of the study's results.

The methodological rigor of this study, including its sampling strategy and control measures, aligns with established practices in psychological intervention research. By maintaining strict adherence to inclusion/exclusion criteria and employing a longitudinal follow-up, the study enhances the reliability and generalizability of its findings regarding the effectiveness of the integrated therapeutic approach for individuals with insecure attachment.

Results

In the present study, the participants consisted of 30 individuals who were divided into two groups: experimental and control. In terms of age, in the experimental group, 8 participants (53.33%) were between 20 and 25 years old, 6 (40%) were between 26 and 30 years old, and 1 (6.66%) was in the 31–35 age group. In the control group, 9 participants (60%) were 20–25 years old, 4 (26.66%) were 26–30 years old, and 2 (13.33%) were 31–35 years old. Regarding gender, both groups consisted of 11 women (73.33%) and 4 men (26.66%). In terms of education level, the experimental group included 3 participants with a high school diploma (20%), 5 with a bachelor's degree (33.33%), and 7 with a master's degree (46.66%), while the control group had 5 with a high school diploma (33.33%), 6 with a bachelor's degree (40%), and 4 with a master's degree (26.66%). Regarding theater experience, in the experimental group, 10 participants (66.66%) had less than 1 year of experience, 4 (26.66%) had 1–2 years, and 1 (6.66%) had 2–3 years, whereas in the control group, 12 participants (80%) had less than 1 year, 1 (6.66%) had 1–2 years, and 2 (13.33%) had 2–3 years of theater experience.

As observed, there were no significant differences in the three attachment styles between the experimental and control groups, meaning that the participants in both groups were homogeneous in terms of attachment styles. Additionally, the mean scores for the variable of shame in the pre-test, post-test, and follow-up stages were 101.2, 98.6, and 99.33, respectively, in the experimental group, and 93.26, 92, and 92.8, respectively, in the control group. Differences were observed between the pre-test, post-test, and follow-up scores in the experimental group, but no noticeable differences were found in the control group.

Before conducting the analysis, the assumptions of normality of score distribution, homogeneity of variances, and homogeneity of covariance matrices were examined. The Kolmogorov-Smirnov test was used to assess normality, and Levene's test was used to assess homogeneity of variances. The results showed that the significance level for all variables

and at all test stages was greater than 0.05 ($P > 0.05$), confirming these two assumptions. The assumption of homogeneity of covariance matrices was examined using Box's M test, which yielded a significance level greater than 0.05 ($P > 0.05$, Sig = 0.500), thus confirming this assumption as well. Additionally, the results of the mixed multivariate analysis of variance (MANOVA), using Wilks' Lambda test, were significant for the variables ($F = 1313.24$, $P < 0.001$), indicating that a significant portion of the variance was explained by the multivariate test. The significance of the multivariate test means that at least one of the between-group or within-group tests was significant. Mauchly's test of sphericity was used to assess the equality of covariance matrices across measurement stages (pre-test, post-test). The results (Mauchly's $W = 0.773$, $\chi^2 = 0.8150$, Sig = 0.601) indicated that the assumption of sphericity was not violated, thus confirming this assumption. The results of the analyses are presented in Table 1.

Table 1. Results of multivariate analysis for the shame variable and attachment styles

V		Value	F	(df)	Sig		
Shame	Time	Pillai's Trace	0.77	45.08	2	0.000	
		Wilks' Lambda	0.23	45.08	2	0.000	
		Hotelling's Trace	3.24	45.08	2	0.000	
		Roy's Largest Root	3.24	45.08	2	0.000	
	Time*Group	Pillai's Trace	0.54	15.86	2	0.000	
		Wilks' Lambda	0.46	15.86	2	0.000	
		Hotelling's Trace	1.17	15.86	2	0.000	
		Roy's Largest Root	1.17	15.86	2	0.000	
	Attachment Style	Time	Pillai's Trace	0.71	24.15	2	0.000
			Wilks' Lambda	0.28	24.15	2	0.000
Hotelling's Trace			2.53	24.15	2	0.000	
Time*Group		Roy's Largest Root	2.53	24.15	2	0.000	
		Pillai's Trace	0.63	23.41	2	0.000	
		Wilks' Lambda	0.36	23.41	2	0.000	
	Hotelling's Trace	1.73	23.41	2	0.000		
	Roy's Largest Root	1.73	23.41	2	0.000		

As shown in Table 1, the effect of time, as well as the interaction effect of time and group, is significant in the multivariate analysis. This indicates that the intervention was able to explain 77% of the changes between the pre-test, post-test, and follow-up stages, as well as 54% of the difference between the experimental and control groups across these stages. In repeated measures ANOVA, the multivariate test treats time (pre-test, post-test, and follow-up) as

separate variables and analyzes the covariance matrix between time points. On the other hand, the within-subjects effects test in repeated measures ANOVA considers time as a repeated factor and analyzes within-group variance.

Similarly, regarding attachment styles, as seen in the table, the effect of time and the interaction effect of time and group are significant in the multivariate analysis. This suggests that the intervention

accounted for 71% of the changes between the pre-test, post-test, and follow-up stages, as well as 63% of the difference between the experimental and control groups across these stages. The multivariate test in repeated measures ANOVA treats time (pre-

test, post-test, and follow-up) as distinct variables and examines the covariance matrix between time points. Meanwhile, the within-subjects effects test in repeated measures ANOVA treats time as a repeated factor and analyzes within-group variance.

Table 2. Results of the Bonferroni post hoc test for the experimental group for the research variable

V	(I)	(J)	(I-J)	Sig
Shame	Pretest	Posttest	2.6	0.000
		Follow up	1.86	0.000
	Posttest	Pretest	2.6	0.000
		Follow up	0.73	0.065
	Follow up	Pretest	1.86	0.000
		Posttest	0.73	0.065
Attachment Style	Pretest	Posttest	2.66	0.000
		Follow up	2.06	0.000
	Posttest	Pretest	2.66	0.000
		Follow up	0.6	0.397
	Follow up	Pretest	2.06	0.000
		Posttest	0.6	0.397

As shown in Table 2, there is a significant difference between the pre-test stage and both the post-test and follow-up stages, while no significant difference exists between the post-test and follow-up stages. This indicates that the intervention significantly reduced shame in the experimental group during the post-test compared to the pre-test, and the lack of significant difference between the post-test and follow-up demonstrates the sustained effectiveness of the intervention at follow-up.

Similarly, as observed in the table, there is a significant difference between the pre-test stage and both the post-test and follow-up stages for attachment styles, while no significant difference exists between the post-test and follow-up stages. This suggests that the intervention significantly reduced attachment-related issues in the experimental group during the post-test compared to the pre-test, and the absence of significant differences between the post-test and follow-up indicates that this therapeutic effect was maintained at follow-up.

Conclusion

The findings of this study underscore the efficacy of an integrated therapeutic approach combining attachment-based therapy and compassion-focused

therapy (CFT) in addressing the intertwined challenges of insecure attachment and chronic shame among Iranian adults. The intervention demonstrated significant improvements in attachment security, with participants showing reduced avoidance and anxiety in close relationships, alongside a marked decrease in shame-related distress. The stability of these gains during the follow-up period suggests that the blended approach not only facilitated immediate change but also promoted enduring psychological resilience, possibly by reshaping core beliefs about self-worth and relational trust.

A key contribution of this study lies in its demonstration of how attachment repair and shame reduction can mutually reinforce one another in therapy. By creating a safe therapeutic space to explore early attachment wounds (a focus of attachment-based therapy), participants could more readily engage with self-compassion practices (a focus of CFT), breaking cycles of self-criticism and isolation. This synergy likely explains the intervention's success in fostering secure attachment behaviors—such as increased emotional openness and reliance on others—while simultaneously reducing the paralyzing effects of shame. Notably, participants reported greater willingness to seek

support and express vulnerability, behaviors that are often stifled by shame in insecure individuals (Tangney & Dearing, 2002). These outcomes highlight the value of addressing shame not merely as a symptom, but as a barrier to forming the very relationships that could mitigate attachment insecurity.

The cultural relevance of the intervention also merits emphasis. In Iran, where family roles and social harmony are deeply prized, shame can arise from perceived failures to meet collective expectations, exacerbating attachment-related distress. The therapy's incorporation of culturally sensitive metaphors and examples—such as reframing self-compassion within Islamic values of mercy (rahma)—may have enhanced participants' engagement and outcomes. This cultural adaptation aligns with calls for locally tailored mental health interventions (Kirmayer, 2007), suggesting that future therapies should balance universal psychological principles with community-specific narratives. For instance, discussions of "healthy dependence" were framed in ways that honored cultural norms of familial interdependence while challenging maladaptive self-sufficiency or clinginess stemming from insecure attachment.

Despite these promising results, the study's limitations invite caution. The sample, though diverse, was drawn from a single geographic region, and the absence of an active control group limits causal inferences. Future research should employ randomized designs with larger, more representative samples to validate these findings. Additionally, incorporating biological or behavioral measures (e.g., cortisol levels for stress, or observed parent-child interactions) could complement self-report data and elucidate the intervention's physiological and social impacts. Longitudinal studies tracking participants over years—not just months—would clarify whether these changes endure during life stressors like marriage or parenthood, which often reactivate attachment insecurities (Mikulincer & Shaver, 2016). Clinically, this study offers a roadmap for treating insecure attachment and shame in collectivist societies. Therapists might adopt its dual focus by first establishing safety through attachment-informed

rapport-building, then introducing compassion exercises to dismantle shame. Training programs could emphasize this integration, particularly in regions where mental health stigma persists. Community-based workshops teaching attachment and compassion principles might also prevent escalation of relational difficulties. Ultimately, the study reaffirms that healing insecure attachment requires more than revising cognitive schemas—it demands nurturing a kinder relationship with oneself, a goal that transcends cultural boundaries. By weaving together relational and self-compassionate frameworks, this approach lights a path toward lasting emotional freedom.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the first author's doctoral dissertation in Counseling at Islamic Azad University, Mashhad Branch, with the ethical approval code IR.IAU.MSHD.REC.1403.067 and clinical trial registration code IRCT20240930063208N1. To ensure adherence to ethical principles in this research, data collection was conducted only after obtaining participants' informed consent. Participants were assured of confidentiality regarding their personal information, and they were informed that all results would be reported anonymously without disclosing any identifying details.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate all the participants in the study.



بررسی اثربخشی بسته تلفیقی درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان مبتنی بر شفقت بر سبک‌های دلبستگی و شرم در بزرگسالان با دلبستگی ناایمن

محمود نیری^۱، حمید نجات^۲، علی رضا رجایی^۳، حسین اکبری امرغان^۴، احمد اکبری^۵

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. رایانامه: mahmood.nayeri@iau.ac.ir

۲. دانشیار، گروه مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. رایانامه: dr.nejat54@iau.ac.ir

۳. استاد، گروه مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. رایانامه: 5229547456@iau.ac.ir

۴. استادیار، گروه مشاوره، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران. رایانامه: drakbari54@iau.ac.ir

۵. استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. رایانامه: akbari180@iaubc.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۰۴

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۵/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۲۸

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۵/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر دلبستگی،

درمان مبتنی بر شفقت،

بزرگسالان با دلبستگی ناایمن،

سبک‌های دلبستگی،

شرم.

زمینه: اگرچه دلبستگی ناایمن با شرم ناسازگارانه مرتبط است، مطالعات کمی به بررسی مداخلات تلفیقی برای این دو سازه پرداخته‌اند. درحالی که درمان مبتنی بر دلبستگی الگوهای ارتباطی را هدف قرار می‌دهد و درمان مبتنی بر شفقت به کاهش انتقاد از خود می‌پردازد، اثربخشی ترکیبی این دو روش کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است.

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بسته تلفیقی درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان مبتنی بر شفقت بر سبک‌های دلبستگی و شرم در بزرگسالان با دلبستگی ناایمن بود.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی هنرمندان مشغول به کار در پردیس تئاتر مستقل شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ بود که از میان آن‌ها ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سبک دلبستگی (هازان و شیور، ۱۹۸۷) و پرسشنامه عاطفه خودکار (تانگنی و همکاران، ۱۹۹۲) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss نسخه ۲۷ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بسته تلفیقی درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان مبتنی بر شفقت به‌طور معناداری منجر به بهبود سبک‌های دلبستگی ($P < ۰/۰۵$) و کاهش شرم در بزرگسالان با دلبستگی ناایمن شد ($P < ۰/۰۵$). این تأثیرات در پیگیری نیز پایدار بودند ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان دادند که ترکیب این دو روش درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر برای بهبود مشکلات دلبستگی و شرم در جمعیت‌های بالینی مورد استفاده قرار گیرد. درمانگران می‌توانند از این پروتکل تلفیقی برای کاهش رنج مراجعان و تقویت روابط بین فردی استفاده کنند.

استناد: نیری، محمود؛ نجات، حمید؛ رجایی، علی‌رضا؛ اکبری امرغان، حسین؛ و اکبری، احمد (۱۴۰۵). بررسی اثربخشی بسته تلفیقی درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان مبتنی بر شفقت بر سبک‌های دلبستگی و شرم در بزرگسالان با دلبستگی ناایمن. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱، ۱۶۱-۲۱.

DOI: 10.66224/jps.25.161.11. ۱۴۰۵، شماره ۱، ۱۶۱-۲۵، دوره ۲۵، شماره ۱، ۱۶۱-۲۱.



© نویسنده گان.

✉ نویسنده مسئول: حمید نجات، دانشیار، گروه مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. رایانامه: dr.nejat54@iau.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۵۵۱۴۱۷۹۶

مقدمه

بزرگسالان با دلبستگی ناایمن^۱ گروهی هستند که در دوران کودکی به دلیل تجربیات ناسازگارانه با مراقبان اصلی خود، الگوهای ارتباطی ناکارآمدی را درونی‌سازی کرده‌اند (پوکت و همکاران، ۲۰۲۴). این الگوها در بزرگسالی به صورت سبک‌های دلبستگی اجتنابی، دوسوگرا یا آشفته تظاهر می‌کنند و تأثیرات عمیقی بر عملکرد هیجانی، روان‌شناختی و بین‌فردی آن‌ها می‌گذارند. بر اساس نظریه دلبستگی بالبی، سیستم دلبستگی یک نظام تکاملی است که برای حفظ امنیت و بقا طراحی شده است، اما زمانی که مراقبان اولیه به صورت پایدار غیر پاسخگو، طرد کننده یا بی‌ثبات عمل می‌کنند، فرد در بزرگسالی در تنظیم هیجانات، اعتماد به دیگران و شکل‌دهی روابط سالم با مشکل مواجه می‌شود (سود و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعات نشان می‌دهند که دلبستگی ناایمن با طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی همراه است، از جمله اضطراب، افسردگی، اختلالات شخصیت و رفتارهای پرخطر مانند سوء مصرف مواد (تیرونی و همکاران، ۲۰۲۱). در حوزه روابط بین‌فردی، بزرگسالان با دلبستگی ناایمن اغلب در ایجاد و حفظ روابط صمیمانه دچار مشکل هستند. افراد با سبک اجتنابی تمایل به فاصله‌گیری عاطفی دارند، از صمیمیت اجتناب می‌کنند و در مواقع استرس به جای طلب حمایت، به خود متکی می‌شوند (هرستل و همکاران، ۲۰۲۱). در مقابل، افراد با سبک دوسوگرا (یا اضطرابی) به صورت افراطی نگران طرد شدن هستند، به دنبال تأیید مداوم دیگران می‌گردند و روابط آن‌ها آمیخته با حس ناامنی و وابستگی بیمارگونه است (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۲). این الگوهای ناسازگارانه نه تنها رضایت از رابطه را کاهش می‌دهند، بلکه می‌توانند به چرخه‌های تعارض، سوء تفاهم و حتی خشونت در روابط منجر شوند.

بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۰) اختلالات مرتبط با دلبستگی ناایمن به عنوان یکی از عوامل خطر مهم در بروز مشکلات سلامت روان در سطح جهانی شناخته می‌شوند. مطالعات نشان می‌دهند که حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد از جمعیت بزرگسال در کشورهای مختلف، الگوهای دلبستگی ناایمن را تجربه می‌کنند که این میزان در جوامع با سطح بالای استرس و نابرابری‌های اجتماعی تا ۶۰ درصد نیز افزایش می‌یابد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰). به‌ویژه، در مناطق آسیب‌دیده از جنگ یا

جوامعی با میزان بالای کودک‌آزاری و غفلت، شیوع دلبستگی ناایمن به‌طور معناداری بیشتر گزارش شده است. این الگوهای ناسازگار دلبستگی نه تنها با اختلالات روان‌پزشکی مانند افسردگی و اضطراب ارتباط دارد، بلکه بر اساس پژوهش‌های سازمان جهانی بهداشت، یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده مهم در بروز رفتارهای پرخطر، خودکشی و اختلال در عملکرد اجتماعی محسوب می‌شوند. این یافته‌ها بر ضرورت توجه به مداخلات زودهنگام و برنامه‌های پیشگیرانه در سطح جهانی تأکید می‌کنند (آریاس و همکاران، ۲۰۲۳).

سبک‌های دلبستگی^۲ که ریشه در نظریه جان بالبی دارند، الگوهای پایداری هستند که نحوه ارتباط فرد با دیگران را در طول زندگی شکل می‌دهند و عمدتاً از تعاملات اولیه با مراقبان اصلی در کودکی نشأت می‌گیرند (گروانی و همکاران، ۲۰۲۲). این سبک‌ها به چهار دسته اصلی تقسیم می‌شوند: ایمن، اجتنابی، دوسوگرا (یا اضطرابی) و آشفته. افراد با دلبستگی ایمن که حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهند، معمولاً در کودکی مراقبانی پاسخگو و در دسترس داشته‌اند. این افراد در بزرگسالی توانایی بالایی در برقراری روابط صمیمانه دارند، از اعتماد به نفس نسبتاً خوبی برخوردارند و می‌توانند در مواقع استرس از دیگران کمک بخواهند یا به دیگران کمک کنند (کاجیلا و پسونی، ۲۰۲۰). آن‌ها هیجانات خود را به‌خوبی تنظیم می‌کنند و در مواجهه با مشکلات از راهبردهای سازگارانه استفاده می‌کنند. در مقابل، سبک‌های ناایمن شامل اجتنابی، دوسوگرا و آشفته هستند که هر کدام ویژگی‌های متمایزی دارند (لیم و همکاران، ۲۰۲۰). افراد با سبک اجتنابی که حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد جمعیت را شامل می‌شوند، معمولاً به دلیل تجربیات کودکی با مراقبان طردکننده یا غیر پاسخگو، به شدت از صمیمیت عاطفی اجتناب می‌کنند، استقلال افراطی نشان می‌دهند و در بیان نیازهای عاطفی خود مشکل دارند (داگان و همکاران، ۲۰۲۱). این افراد در روابط بین فردی فاصله‌گیر هستند و هنگام مواجهه با استرس ترجیح می‌دهند به جای طلب حمایت، به خود متکی باشند. سبک دوسوگرا که حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد افراد را در برمی‌گیرد، حاصل تجربیات با مراقبان بی‌ثبات و غیرقابل پیش‌بینی است. این افراد دائماً نگران طرد شدن هستند، به تأیید دیگران وابستگی افراطی نشان می‌دهند و روابطشان آمیخته با حس ناامنی و اضطراب است (لبن‌نواک و همکاران،

^۱. Insecure attachment

^۲. Attachment styles

۲۰۲۳). آنها معمولاً در روابط خود رفتارهای چسبنده دارند و مستعد نشخوار فکری درباره روابطشان هستند. سبک آشفته که حدود ۵ تا ۱۰ درصد موارد را شامل می‌شود، ترکیبی از ویژگی‌های اجتنابی و دوسوگرا است و اغلب در افرادی دیده می‌شود که در کودکی تجربیات آسیب‌زایی مانند سوءرفتار یا از دست دادن مراقب داشته‌اند (لی و همکاران، ۲۰۲۳). این افراد معمولاً در روابط دچار سردرگمی هستند، ممکن است همزمان هم به دیگران نزدیک شوند و هم از آنها بترسند و در مدیریت هیجانات خود با مشکلات جدی مواجه‌اند (لیند و همکاران، ۲۰۲۰). تأثیر این سبک‌های دلبستگی بر عملکرد فرد بسیار عمیق است و تقریباً تمام جنبه‌های زندگی از جمله روابط عاطفی، عملکرد شغلی، توانایی والدگری و سلامت روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای مثال، افراد با دلبستگی ایمن معمولاً رضایت بیشتری از زندگی دارند، درحالی‌که سبک‌های نایمن با طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت و مشکلات بین فردی مرتبط هستند (دلان و برایانت، ۲۰۲۱). این الگوهای دلبستگی نه تنها بر انتخاب‌های فرد در روابط تأثیر می‌گذارند، بلکه بر نحوه تفسیر او از رفتار دیگران و واکنش‌های هیجانی او در موقعیت‌های استرس‌زا نیز اثرگذارند. بررسی شرم به عنوان هیجان محوری در دلبستگی نایمن ضروری است، چرا که تجربیات شرم آلود اولیه نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری الگوهای ناسازگار دلبستگی و تداوم مشکلات روانشناختی مرتبط با آن ایفا می‌کنند (لاوین و همکاران، ۲۰۲۰). شرم^۱ به عنوان یکی از هیجانات بنیادی و دردناک انسانی، تجربه‌ای عمیقاً ناخوشایند از احساس نقص، بی‌کفایتی و بی‌ارزشی است که فرد را در برابر خودش و دیگران به شدت آسیب‌پذیر می‌کند (سود و همکاران، ۲۰۲۲). برخلاف احساس گناه که معمولاً به رفتار خاصی مرتبط است، شرم تمامیت وجود فرد را هدف قرار می‌دهد. این هیجان از منظر تکاملی کارکردی حفاظتی دارد و به تنظیم رفتار اجتماعی کمک می‌کند، اما زمانی که به صورت مزمن و شدید تجربه شود، می‌تواند به عاملی مخرب در سلامت روان تبدیل گردد (هرستل و همکاران، ۲۰۲۱). در بافت دلبستگی، شرم غالباً محصول محیط‌های اولیه‌ای است که در آن نیازهای عاطفی کودک به طور مداوم نادیده گرفته شده، مورد تحقیر قرار گرفته یا با طرد پاسخ داده شده است (کاجیلا و پسونی، ۲۰۲۰). کودکانی که در چنین محیط‌هایی

^۱. Shame

پرورش می‌یابند، این پیام را درونی‌سازی می‌کنند که وجودشان به اندازه کافی خوب نیست و شایستگی عشق و پذیرش را ندارند. در اختلالات مرتبط با دلبستگی نایمن، شرم نقش مرکزی ایفا می‌کند و به عنوان یک هیجان سازمان دهنده عمل می‌کند که بر نحوه تفسیر فرد از خود، دیگران و روابط بین فردی تأثیر می‌گذارد (لبن‌نواک و همکاران، ۲۰۲۳). افراد با دلبستگی اجتنابی ممکن است شرم را از طریق فاصله‌گیری عاطفی و اجتناب از صمیمیت انکار کنند، درحالی‌که افراد با دلبستگی دوسوگرا/اضطرابی ممکن است به صورت افراطی به دنبال تأیید دیگران باشند تا این احساس شرم را جبران کنند. در موارد شدیدتر، مانند دلبستگی آشفته، شرم می‌تواند به صورت ترس فلج‌کننده از طرد و احساس عمیق بی‌ارزشی تظاهر کند. از دیدگاه روان رنجوری، شرم پایه بسیاری از اختلالات شخصیت، افسردگی، اضطراب اجتماعی و رفتارهای خود آسیب‌رسان محسوب می‌شود (هرستل و همکاران، ۲۰۲۱). این هیجان با ایجاد سوگیری‌های شناختی منفی، فرد را به سمت تفسیر تجربیات اجتماعی به عنوان تأییدی بر بی‌کفایتی خود سوق می‌دهد و چرخه‌ای معیوب از انتقاد از خود، انزوا و پرهیز از موقعیت‌های بین فردی ایجاد می‌کند. نقش شرم در آسیب‌شناسی روانی از این جهت حائز اهمیت است که نه تنها به عنوان یک علامت، بلکه به عنوان عاملی علی در تداوم اختلالات روانی عمل می‌کند (سود و همکاران، ۲۰۲۲). برای مثال، در اختلال اضطراب اجتماعی، ترس از تحقیر شدن ناشی از شرم پایه‌ای است که اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی را تقویت می‌کند. در اختلالات خوردن، شرم بدن می‌تواند به رفتارهای غذایی ناسازگارانه منجر شود. در پرخاشگری و خشونت بین فردی، شرم اغلب به عنوان هیجان محرک اصلی عمل می‌کند که فرد برای پوشش آن به رفتارهای تخریب‌گرانه متوسل می‌شود (لبن-نواک و همکاران، ۲۰۲۳). درمان‌های معاصر مانند درمان مبتنی بر شفقت به طور خاص بر هدف قرار دادن شرم متمرکز شده‌اند و سعی در ایجاد تعادل در سیستم‌های تنظیم هیجانی دارند که به دلیل تجربیات دلبستگی نایمن مختل شده‌اند. این درمان‌ها بر این اصل استوارند که کاهش شرم و جایگزینی آن با احساس شفقت نسبت به خود، می‌تواند به بهبود الگوهای دلبستگی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر شود.

ریمز و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان عوامل مؤثر در تجربه شرم و مدیریت شرم: تجربیات نامطلوب دوران کودکی، پذیرش همسالان و سبک‌های دلبستگی دریافتند که تجربیات منفی با والدین از طریق سبک‌های دلبستگی، عوامل مؤثری در تجربه شرم هستند. پارک و شیلد (۲۰۲۳) در پژوهشی با عنوان دلبستگی نایمن دوران کودکی و تمایل به شرم در بزرگسالی: پیامدهایی برای عملکرد بالینی اجتماعی، نشان دادند که سبک‌های دلبستگی نایمن، به‌ویژه اضطراب و بی‌سازمانی، به طور قابل توجهی با تمایل به شرم مرتبط هستند. سیگالا و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان الکسی تایمیا و تمایز خود: نقش شرم و دلبستگی نایمن بزرگسالان به رابطه ترس از صمیمیت و دلبستگی بزرگسالان و همچنین نقش واسطه‌ای این دو متغیر در رابطه الکسی تایمیا و تمایز خود در قالب تحلیل مسیر پرداختند. هان و لی (۲۰۲۲) در پژوهشی با عنوان تأثیر دلبستگی بزرگسالان بر شرم: اثر میانجی تمایز به خود و عزت نفس، دریافتند که دلبستگی ایمن با ترس از صمیمیت رابطه منفی و دلبستگی اضطرابی و دلبستگی اجتنابی با ترس از صمیمیت رابطه مثبت دارند.

در این مطالعه از بسته تلفیقی درمان مبتنی بر دلبستگی^۱ و درمان مبتنی بر شفقت^۲ به عنوان مداخله استفاده شده است که با هدف یکپارچه‌سازی نقاط قوت هر دو رویکرد طراحی شده است. درمان مبتنی بر دلبستگی بر بازسازی الگوهای ارتباطی ناسازگار و اصلاح بازنمایی‌های درونی از خود و دیگران متمرکز است، درحالی‌که درمان مبتنی بر شفقت با تقویت مهربانی به خود و کاهش انتقاد درونی، به‌ویژه در مواجهه با هیجانات دردناکی مانند شرم، به بهبود تنظیم هیجانی کمک می‌کند. تلفیق این دو روش از آن جهت ضروری است که درمان‌های سنتی دلبستگی ممکن است به‌تنهایی برای مقابله با هیجانات منفی عمیق مانند شرم که در دلبستگی نایمن شایع است، کافی نباشند و از طرف دیگر درمان شفقت‌محور نیز بدون توجه به الگوهای دلبستگی زیربنایی ممکن است اثرات پایدار محدودی داشته باشد. شکاف پژوهشی موجود در این حوزه ناشی از کمبود مطالعاتی است که به‌صورت یکپارچه به هر دو مؤلفه دلبستگی و شرم پرداخته باشند، به ویژه آنکه بیشتر پژوهش‌های پیشین یا بر یک روش درمانی متمرکز بوده‌اند یا به بررسی جداگانه این متغیرها پرداخته‌اند. این مطالعه با پر کردن این خلأ پژوهشی، نه تنها به درک بهتری از ارتباط بین

دلبستگی و شرم دست می‌یابد، بلکه با ارائه یک پروتکل تلفیقی، گامی نوین در جهت بهبود اثربخشی درمانی برمی‌دارد. نوآوری این پژوهش در طراحی مداخله‌ای است که همزمان به بازسازی الگوهای دلبستگی و کاهش هیجانات منفی مانند شرم می‌پردازد، رویکردی که می‌تواند به بهبودهای پایدارتر در عملکرد هیجانی و بین‌فردی افراد با دلبستگی نایمن منجر شود. ضرورت انجام این مطالعه زمانی آشکارتر می‌شود که به شیوع بالای دلبستگی نایمن و تأثیر مخرب شرم بر سلامت روان توجه کنیم، به‌ویژه آنکه این عوامل در جمعیت بالینی معمولاً همزمان حضور دارند و نیازمند مداخلات تخصصی‌تری هستند که بتوانند به‌صورت ریشه‌ای به این مشکلات بپردازند. با توجه به آنچه بیان شد سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بسته تلفیقی درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود سبک‌های دلبستگی و کاهش شرم در بزرگسالان با دلبستگی نایمن مؤثر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی هنرمندان مشغول به کار در پردیس تئاتر مستقل شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ بود که از میان آنها ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب شدند. برای محاسبه حجم نمونه از روش استفاده از حجم نمونه در پژوهش‌های مشابه استفاده شد، همچنین در پژوهش‌های آزمایشی، حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر می‌باشد (دلاور، ۱۳۹۹). کوهپایه‌زاده (۱۳۹۸) در پژوهشی با روش تدوین بسته تلفیقی درمانی و آموزشی و بررسی اثربخشی آن، حجم نمونه را ۳۰ نفر تعیین کرده‌اند که به دو گروه آزمایش و گواه هر کدام با حجم ۱۵ نفر تقسیم شدند. شرایط شرکت‌کنندگان در این مطالعه از طریق ارزیابی دقیق ملاک‌های ورود و خروج کنترل شد. برای ورود به پژوهش، افراد می‌بایست رضایت آگاهانه کتبی ارائه می‌دادند و در پرسشنامه سبک دلبستگی هازان و شیور نمره متوسط یا پایین کسب می‌کردند که نشانگر دلبستگی نایمن بود. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۰ تا ۳۵ سال در نظر

^۱. Attachment-based therapy

^۲. Compassion-based therapy

گرفته شد و حداقل سطح تحصیلات مورد پذیرش دیپلم بود. سایر ملاک‌های ورود شامل عدم دریافت هرگونه درمان روانشناختی موازی، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، نداشتن سابقه اعتیاد به مواد مخدر یا الکل و عدم ابتلا به بیماری‌های خاص بود که از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته و بررسی پرونده پزشکی احراز شد. در طول پژوهش، چنانچه شرکت‌کننده بیش از دو جلسه غیبت می‌کرد، تمایل خود به ادامه مشارکت را از دست می‌داد یا هر یک از شرایط ملاک‌های ورود نقض می‌شد (مانند شروع مصرف داروهای روانپزشکی یا ابتلا به بیماری خاص)، از مطالعه خارج می‌شد. این ملاک‌ها به منظور حفظ یکنواختی نمونه پژوهش و کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده طراحی شده بودند تا نتایج مطالعه از حداکثر اعتبار برخوردار باشد.

(ب) ابزار

پرسشنامه سبک دلبستگی (ASQ):^۱ پرسشنامه سبک دلبستگی توسط هازان و شیور (۱۹۸۷) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۵ گویه است با یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (خیلی کم تا خیلی زیاد) و هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ است. با سؤالاتی مانند: (از اینکه به دیگران نزدیک شوم، احساس ناراحتی می‌کنم. من دوست دارم با دیگران رابطه صمیمی داشته باشم، ولی دیگران به رابطه صمیمی با من تمایل ندارند) سبک دلبستگی را می‌سنجد. مؤلفه دلبستگی اجتنابی سؤالات ۱ تا ۵، دلبستگی ایمن سؤالات ۶ تا ۱۰ و دلبستگی اضطرابی سؤالات ۱۱ تا ۱۵ را شامل می‌شود. در نسخه اصلی روایی و پایایی ابزار مورد تأیید قرار گرفته است (هازان و شیور، ۱۹۸۷). مقدار پایایی آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ گزارش شده است و در نسخه فارسی در پژوهش (مودنی و همکاران، ۱۳۹۳) روایی پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان این حوزه تأیید شده است. همچنین در پژوهش (مودنی و همکاران، ۱۳۹۳) پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای مقیاس ترس از صمیمیت، ۰/۶۲ به دست آمد.

پرسشنامه عاطفه خودکار (TOSCA-2):^۲ آزمون عاطفه خودآگاه توسط تانگنی و دیرینگ (۱۹۹۲) طراحی شده است. یک ابزار خودسنجی و مداد کاغذی است که ۱۶ موقعیت (سناریو) شرایط زندگی روزمره را به آزمودنی ارائه می‌کند و پاسخ‌دهندگان پاسخ‌های هیجانی و رفتاری

خویش و احتمال پاسخ خود به آنها را رتبه می‌دهند. تمام سناریوهای این آزمون دارای آیتم‌های شرم و گناه و اشتغال ذهنی با احساس گناه هستند، در حالی که بعضی از آیتم‌ها شامل دفاع‌های شخصی جداسازی، بی‌تفاوتی و برونی کردن است. ۱۱ وضعیت این پرسشنامه از نظر اجتماعی دارای ارزش مثبت و ۵ وضعیت آن دارای ارزش منفی است. تمام سؤالات به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند. آزمودنی پاسخ‌های خود را به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای رتبه می‌دهد که دامنه آنها از ۱ به معنی «احتمال ندارد» تا ۵ به معنی «به احتمال زیاد» است. تانگنی و همکاران (۱۹۹۲) روایی سازه مقیاس شرم را در حد مناسب گزارش کردند؛ آنها در یک پژوهش ۲۰۰۳ خود نیز روایی این آزمون را برای سنجش سازه‌های تئوریک شرم و گناه تأیید می‌کنند. در ایران، روایی صوری این آزمون در پژوهش ثنائی (۱۳۸۷) مورد تأیید اساتید رشته‌های مشاوره و روانشناسی قرار گرفته است (ثنائی، ۱۳۸۷). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای مقیاس شرم، ۰/۸۶ به دست آمد. بسته تلفیقی درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان مبتنی بر شفقت که توسط پژوهشگر در راستای رساله دکتری طراحی گردید، شامل ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بود که برای گروه آزمایش اجرا شد. به منظور طراحی این بسته از طرح کیفی تحلیل مضمون استقرایی بر پایه متون نظری استفاده شد. منابع مورد استفاده در این طرح شامل موارد ذیل بود: سبک‌های دلبستگی بزرگسالان در درمان (دنیل؛ ترجمه جمشیدی، ۱۴۰۲)، نظریه دلبستگی در سلامت روان بزرگسالان (دانکووا و بری؛ ترجمه اسدی و قنبری، ۱۴۰۱)، رویکرد دلبستگی در آسیب‌شناسی روانی و درمان (اتکینسون و گلدبرگ؛ ترجمه خلخالی و همکاران، ۱۴۰۱)، دلبستگی و روانکاوی (ایگل؛ ترجمه اسدی و قنبری، ۱۴۰۲)، جان بالبی (نظریه دلبستگی) (خوشابی و ابوحمزه، ۱۳۹۹)، دلبستگی به خود (عدالت، ۲۰۱۳)، درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت؛ ترجمه فیضی و اثباتی، ۱۴۰۱)، شفقت درمانی برای شفقت درمانگر (کولتس و همکاران؛ ترجمه خلعتبری و همکاران، ۱۴۰۰)، درمان متمرکز بر شفقت به زبان ساده (کولتس؛ ترجمه خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۹)، شفقت خود (نف؛ ترجمه موسویان، ۱۴۰۲)، پروتکل درمان مبتنی بر دلبستگی (کینگ و نیونهام؛ ترجمه طهماسبیان، ۱۳۹۹) و پروتکل درمان مبتنی بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۴).

2. Test of Self-Conscious Affect

1. attachment styles questionnaire

به منظور بررسی نسبت روایی محتوایی (CVR) و شاخص روایی محتوایی (CVI) برای بسته تلفیقی طراحی شده، از بازخورد پنج متخصص استفاده شد. نسبت روایی محتوایی، ۹۲ درصد و شاخص روایی مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن به ترتیب ۹۸ درصد، ۱۰۰ درصد و ۹۶ درصد برای بسته تلفیقی طراحی شده محاسبه گردید. سپس جهت دریافت بازخورد از

مخاطبین این پروتکل، اجرای اولیه روی ۳ نفر از جامعه مورد هدف صورت گرفت. بازخوردهای گرفته شده از جلسات با مشورت اساتید در بسته طراحی شده اعمال گردید و بسته تلفیقی درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان مبتنی بر شفقت به شکل نهایی خود آماده شد که در جدول ۱ مشاهده می شود.

جدول ۱. بسته تلفیقی طراحی شده بر مبنای درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان مبتنی بر شفقت

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
جلسه اول	معرفی و آشنایی	معرفی اعضا. ایجاد ارتباط با اعضا. تشریح اهداف و قوانین گروه. بررسی انتظارات اعضا. آشنایی با هیجان به عنوان محور اصلی مداخلات گروه (فیزیولوژی هیجان، نقش هیجان، انواع هیجان و کارکرد آن). مرور جلسه گذشته و صحبت اعضا از هیجاناتی که تجربه کرده اند.	تمرین خانه: توجه به هیجاناتی که تا جلسه آینده در موقعیت های مختلف تجربه می کنند و یادداشت آن ها.
جلسه دوم	ذهن تکامل یافته و سیستم های تنظیم هیجان	توضیح ذهن تکامل یافته و ذهنیت چند گانه. معرفی سه سیستم تنظیم هیجان (هیجان های مرتبط با هر سیستم، پاسخ های ایجاد شده و رفتارهای شکل گرفته). احساس امنیت و نقش کلیدی آن در سیستم تنظیم هیجان. مرور جلسه گذشته و صحبت اعضا از تجربه خود پیرامون ارتباط موقعیت ها با سیستم های تنظیم هیجان و آنچه فکر، احساس و رفتار کرده اند.	تمرین خانه: توجه به مواقعی که هر کدام از سیستم های تنظیم هیجان فعال هستند و اثرات آن بر هیجان، افکار و رفتار.
جلسه سوم	دلبستگی و انواع آن	تعریف دلبستگی. مراحل شکل گیری دلبستگی. چگونگی ارتباط دلبستگی با سیستم های تنظیم هیجان و نقش امنیت. انواع سبک دلبستگی و ویژگی های هر کدام. مرور جلسه گذشته و بررسی تجربه اعضا از نشانه های سبک های دلبستگی در روابط مختلف.	تمرین خانه: توجه به نشانه های هر کدام از سبک های دلبستگی در روابط خود و یادداشت آن در ارتباط با افراد مختلفی که با آن ها ارتباط دارد.
جلسه چهارم	کودک درون	مفهوم پردازی کودک درون در ارتباط با سبک های دلبستگی. کاوش در تجربه های کودکی اعضا و هیجان های تجربه شده (تجربه طردشدگی، ناامنی و شیوه ادراک و واکنش نسبت به این تجارب). تمرین بررسی صفت هایی که نشان دهنده رابطه آن ها با مادر و پدر می باشد جهت کشف الگوهای ارتباطی.	تمرین خانه: توجه به کودک درون و خواسته ها و نیازهای آن.
جلسه پنجم	الگوهای ارتباطی	تمرین اگر بخواهید قصه آن کودک را بگویید، چگونه خواهد بود؟ مرور جلسه گذشته و بررسی تجربه اعضا از ارتباط با کودک درون. کاوش برای پیدا کردن الگوهای تکرار شونده در زندگی اعضا و ارتباط آن با سبک های دلبستگی. تمرین کاوش برای پیدا کردن سناریوهای تکراری و سناریوهای اصلاحی.	تمرین خانه: توجه به تأثیر الگوهای کشف شده بر ابعاد مختلف زندگی
جلسه ششم	فراتر از دلبستگی: ارتباط آن با دیگر ابعاد روانشناختی / مقدمه ای بر شفقت	مرور جلسه گذشته و بررسی تجربه اعضا از ارتباط هایی که بین الگوهای کشف شده با دیگر ابعاد پیدا کرده اند.	تمرین خانه: توجه و کشف لحن و شکلی که اعضا با خود صحبت می کنند.

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
		ارتباط سبک‌های دلبستگی و سیستم‌های تنظیم هیجان با دیگر ابعاد روانشناختی (ذهنی‌سازی، تنظیم هیجان، کاوش‌گری، شرم، خودانتقادگری، اضطراب، افسردگی و ترس از صمیمیت).	
		مقدمه‌ای بر شفقت: ذهن غم‌انگیز و ذهن اجتماعی و توصیف آنچه در شفقت با عنوان «تقصیر تو نیست» مطرح می‌شود و حرکت از آن به سوی مسئولیت‌پذیری. تفاوت برخورد مشفقانه با خود با شرم و خودانتقادگری. خصوصیات افراد مشفق.	
		مرور جلسه گذشته و بررسی تجربه اعضا از بررسی لحن و شکل صحبت کردن با خودشان.	
جلسه هفتم	مکان امن	درک تسکین‌دهندگی. تمرین توجه‌آگاهی و تنفس تسکین‌دهنده. تمرین تصویرسازی و اضافه کردن لحن گرم و مشفقانه. استفاده از تمرین‌های فوق جهت ساختن مکان امن.	تمرین خانه: تمرین تنفس تسکین‌دهنده، انجام فعالیت‌ها به صورت توجه‌آگاهانه، توجه به لحن صحبت با خود، تمرین تصویرسازی و رفتن به مکان امن.
جلسه هشتم	کودک درون در مکان امن	مرور جلسه گذشته و بررسی و رفع موانع احتمالی در رفتن به مکان امن. ارتباط با کودک درون با تکنیک صندلی مشفقانه. پس از ارتباط با کودک درون، رفتن به مکان امن با آن. تمرین پرورش خود مشفق.	تمرین خانه: تنفس تسکین‌دهنده، توجه‌آگاهی و ارتباط مشفقانه با کودک درون.
جلسه نهم	شفقت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران	مرور جلسه گذشته و گفتگوی اعضا پیرامون تجربه خود از ارتباط با خود. بررسی موانع پذیرش شفقت از سوی دیگران. تمرین شفقت به یکدیگر و دریافت شفقت از یکدیگر توسط اعضا.	تمرین خانه: تمرین ارائه و دریافت شفقت در روابط بیرون از گروه.
جلسه دهم	جمع‌بندی و انتقال به دنیای بیرون	مرور تجارب گذشته طی جلسات گروه. جمع‌بندی مفاهیم و تکنیک‌های ارائه شده. نوشتن نامه مشفقانه به خود و همراه داشتن آن.	خاتمه گروه.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، شرکت‌کنندگان شامل ۳۰ نفر بودند که به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. از نظر سنی، در گروه آزمایش ۸ نفر (۳۳٪) در محدوده ۲۰ تا ۲۵ سال، ۶ نفر (۴۰٪) بین ۲۶ تا ۳۰ سال و ۱ نفر (۶٪) در گروه ۳۱ تا ۳۵ سال قرار داشتند. در گروه گواه، ۹ نفر (۶۰٪) ۲۰ تا ۲۵ ساله، ۴ نفر (۲۶٪) ۲۶ تا ۳۰ ساله و ۲ نفر (۱۳٪) ۳۱ تا ۳۵ ساله بودند. از لحاظ جنسیت، در هر دو گروه ۱۱ زن (۷۳٪) و ۴ مرد (۲۶٪) حضور داشتند. در مورد سطح تحصیلات، گروه آزمایش شامل ۳ نفر دیپلم (۲۰٪)، ۵ نفر

لیسانس (۳۳٪) و ۷ نفر فوق‌لیسانس (۴۶٪) بود، درحالی‌که گروه گواه ۵ نفر دیپلم (۳۳٪)، ۶ نفر لیسانس (۴۰٪) و ۴ نفر فوق‌لیسانس (۲۶٪) داشت. در زمینه سابقه فعالیت تئاتری، در گروه آزمایش ۱۰ نفر (۶۶٪) کمتر از ۱ سال، ۴ نفر (۲۶٪) ۱ تا ۲ سال و ۱ نفر (۶٪) ۲ تا ۳ سال سابقه داشتند، درحالی‌که در گروه گواه ۱۲ نفر (۸۰٪) کمتر از ۱ سال، ۱ نفر (۶٪) ۱ تا ۲ سال و ۲ نفر (۱۳٪) ۲ تا ۳ سال تجربه فعالیت در تئاتر را گزارش کردند. در جدول ۲ به ترتیب، میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های دلبستگی شرکت‌کنندگان در هر گروه ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به سبک‌های دلبستگی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشدگی
شرم	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰۱/۲	۱۲/۲۵	-۰/۱	-۰/۷۱
		پس‌آزمون	۹۸/۶	۱۱/۸۳	-۰/۱۶	-۰/۶۵
		پیگیری	۹۹/۳۳	۱۲/۲۷	-۰/۱	-۰/۶۱
	گروه گواه	پیش‌آزمون	۹۳/۲۶	۱۳/۹۸	-۰/۳۷	-۰/۳۱
		پس‌آزمون	۹۲	۱۳/۹۷	-۰/۳	-۰/۴۸
		پیگیری	۹۲/۸	۱۴/۳۵	-۰/۳۴	-۰/۳۸
دلبستگی اجتنابی	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۴/۸۶	۲/۷۹	۰/۵۸	-۰/۴۱
		پس‌آزمون	۱۲/۲	۲/۹۸	۰/۵	-۰/۷۲
		پیگیری	۱۲/۸	۳/۱۴	۰/۰۶	-۱/۰۴
	گروه گواه	پیش‌آزمون	۱۳/۲۶	۳/۷۸	-۰/۱۳	-۰/۸
		پس‌آزمون	۱۳/۰۶	۳/۵۷	-۰/۳۹	۰/۴۸
		پیگیری	۱۳	۳/۸۷	-۰/۳۱	-۰/۵
دلبستگی ایمن	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۴/۲	۳/۰۵	-۰/۴۱	-۰/۵۹
		پس‌آزمون	۱۵/۶	۳/۵	-۰/۴۲	-۰/۴۵
		پیگیری	۱۵/۸	۳/۰۹	-۰/۰۸	-۰/۷۵
	گروه گواه	پیش‌آزمون	۱۴/۴	۲/۵۲	-۰/۰۶	۰/۴۵
		پس‌آزمون	۱۴/۵۳	۲/۵۵	۰/۰۴	۰/۸۴
		پیگیری	۱۴/۸	۲/۲۷	-۰/۸	۱/۹۹
دلبستگی دوسوگرا	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵/۴۶	۲/۵	-۰/۳۹	-۰/۰۵
		پس‌آزمون	۱۲/۳۳	۲/۸۷	۰/۰۹	-۱/۳۷
		پیگیری	۱۳/۲	۳/۲۹	-۰/۴۵	-۰/۷۱
	گروه گواه	پیش‌آزمون	۱۳/۰۶	۳/۸۲	۱/۲۷	۱/۰۴
		پس‌آزمون	۱۲/۸	۳/۶۲	۰/۶۲	-۰/۲۷
		پیگیری	۱۲/۸	۳/۵۴	۱/۰۸	۰/۹۲

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، هر سه شکل از سبک‌های دلبستگی بین گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری ندارند و به عبارت دیگر می‌توان گفت که شرکت‌کنندگان دو گروه از نظر سبک‌های دلبستگی همگن می‌باشند. همچنین در جدول ۲ مشاهده می‌شود که میانگین نمرات متغیر شرم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۱۰۱/۲، ۹۸/۶ و ۹۹/۳۳ و در گروه گواه به ترتیب برابر با ۹۳/۲۶، ۹۲ و ۹۲/۸ می‌باشد. بین نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت مشاهده می‌شود ولی در گروه گواه، تفاوت قابل محسوسی مشاهده نمی‌شود.

به منظور انجام تحلیل ابتدا پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همسانی ماتریس کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. برای

بررسی پیش‌فرض نرمال بودن از آزمون کلموگروف اسمیرنوف و برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد مقدار سطح معناداری برای تمامی متغیرها و در تمامی مراحل آزمون بیشتر از ۰/۰۵ است ($P > 0.05$) و لذا این دو پیش‌فرض تأیید شد. برای بررسی پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که مقدار آن برای تمامی متغیرها ($Sig = 0.500$) بود مقدار سطح معناداری آن‌ها بیشتر از ۰/۰۵ است ($P > 0.05$) و در نتیجه این پیش‌فرض نیز تأیید می‌شود. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مختلط از طریق آزمون لامبدای ویلکز برای متغیرها ($P < 0.001$)، ($F = 1313/24$)، معنادار است و درصد چشمگیری از واریانس آن توسط آزمون چندمتغیره تبیین می‌شود. معنادار بودن آزمون چندمتغیره، بدین معنا

است حداقل یکی از آزمون‌های بین گروهی یا درون گروهی معنادار است. جهت اطلاع از یکسانی کواریانس‌های مراحل اندازه‌گیری‌های انجام شده (پیش‌آزمون، پس‌آزمون) در تمامی متغیرها از آزمون کرویت موخلی استفاده شد که نتایج نشان داد بر اساس مقدار موخلی $0/773$ ($0/601$ ، $Sig=$)،

جدول ۳. نتایج تحلیل چندمتغیره برای متغیر شرم و سبک‌های دلبستگی

متغیر	منبع	مقدار	F	درجه آزادی (df)	خطا	سطح معنی‌داری	مجدور اتا
زمان	اثر پیلاپی	۰/۷۷	۴۵/۰۸	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۷۷۰
	لامبدای ویلکز	۰/۲۳	۴۵/۰۸	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۷۷۰
	اثر هاتلینگ	۳/۳۴	۴۵/۰۸	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۷۷۰
	بزرگترین ریشه روی	۳/۳۴	۴۵/۰۸	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۷۷۰
شرم	اثر پیلاپی	۰/۵۴	۱۵/۸۶	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۴۰
	لامبدای ویلکز	۰/۴۶	۱۵/۸۶	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۴۰
	اثر هاتلینگ	۱/۱۷	۱۵/۸۶	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۴۰
	بزرگترین ریشه روی	۱/۱۷	۱۵/۸۶	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۵۴۰
زمان * گروه	اثر پیلاپی	۰/۷۱	۳۴/۱۵	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۷۱۷
	لامبدای ویلکز	۰/۲۸	۳۴/۱۵	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۷۱۷
	اثر هاتلینگ	۲/۵۳	۳۴/۱۵	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۷۱۷
	بزرگترین ریشه روی	۲/۵۳	۳۴/۱۵	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۷۱۷
سبک دلبستگی	اثر پیلاپی	۰/۶۳	۲۳/۴۱	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۶۳۴
	لامبدای ویلکز	۰/۳۶	۲۳/۴۱	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۶۳۴
	اثر هاتلینگ	۱/۷۳	۲۳/۴۱	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۶۳۴
	بزرگترین ریشه روی	۱/۷۳	۲۳/۴۱	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۶۳۴

در رابطه با سبک‌های دلبستگی نیز همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، اثر زمان و همچنین اثر تعامل زمان و گروه به صورت چندمتغیره معنی‌دار می‌باشد که نشان می‌دهد مداخله صورت گرفته توانسته است ۷۱ درصد از تغییرات بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین ۶۳ درصد از تفاوت بین گروه آزمایش و گواه بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را تبیین کند. آزمون چندمتغیره در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را به عنوان متغیرهای جداگانه در نظر می‌گیرد و به تحلیل ماتریس کوواریانس بین زمان‌ها می‌پردازد. از طرفی آزمون اثرات درون گروهی در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، زمان را به عنوان عامل مکرر در نظر گرفته و به تحلیل واریانس درون گروهی می‌پردازد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اثر زمان و همچنین اثر تعامل زمان و گروه به صورت چندمتغیره معنی‌دار می‌باشد که نشان می‌دهد مداخله صورت گرفته توانسته است ۷۷ درصد از تغییرات بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین ۵۴ درصد از تفاوت بین گروه آزمایش و گواه بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را تبیین کند. آزمون چندمتغیره در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را به عنوان متغیرهای جداگانه در نظر می‌گیرد و به تحلیل ماتریس کوواریانس بین زمان‌ها می‌پردازد. از طرفی آزمون اثرات درون گروهی در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، زمان را به عنوان عامل مکرر در نظر گرفته و به تحلیل واریانس درون گروهی می‌پردازد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل اثرات درون گروهی برای متغیر شرم و سبک- دلبستگی

متغیر	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی (df)	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	مجدور انا
زمان	کرویت رعایت شده	۴۲/۴۶	۲	۲۱/۲۳	۴۸/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۶۳۳
	اصلاح گرینوس-گایزر	۴۲/۴۶	۱/۹۹	۲۱/۲۹	۴۸/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۶۳۳
	اصلاح هوین-فلدت	۴۲/۴۶	۲	۲۱/۲۳	۴۸/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۶۳۳
	کران پایین	۴۲/۴۶	۱	۴۲/۴۶	۴۸/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۶۳۳
زمان * گروه	کرویت رعایت شده	۱۴/۹۵	۲	۷/۴۷	۱۷/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۳۷۸
	اصلاح گرینوس-گایزر	۱۴/۹۵	۱/۹۹	۷/۴۹	۱۷/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۳۷۸
	اصلاح هوین-فلدت	۱۴/۹۵	۲	۷/۴۷	۱۷/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۳۷۸
	کران پایین	۱۴/۹۵	۱	۱۴/۹۵	۱۷/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۳۷۸
خطا (زمان)	کرویت رعایت شده	۲۴/۵۷	۵۶	۰/۴۳			
	اصلاح گرینوس-گایزر	۲۴/۵۷	۵۵/۸۴	۰/۴۴			
	اصلاح هوین-فلدت	۲۴/۵۷	۵۶	۰/۴۳			
	کران پایین	۲۴/۵۷	۲۸	۰/۸۷			
زمان	کرویت رعایت شده	۳۴/۸۶	۲	۱۷/۴۳	۲۹/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۵۱۶
	اصلاح گرینوس-گایزر	۳۴/۸۶	۱/۹۳	۱۸/۰۶	۲۹/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۵۱۶
	اصلاح هوین-فلدت	۳۴/۸۶	۲	۱۷/۴۳	۲۹/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۵۱۶
	کران پایین	۳۴/۸۶	۱	۳۴/۸۶	۲۹/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۵۱۶
زمان * گروه	کرویت رعایت شده	۲۲/۴۲	۲	۱۲/۲۱	۲۰/۹	۰/۰۰۰	۰/۴۲۷
	اصلاح گرینوس-گایزر	۲۲/۴۲	۱/۹۳	۱۲/۶۵	۲۰/۹	۰/۰۰۰	۰/۴۲۷
	اصلاح هوین-فلدت	۲۲/۴۲	۲	۱۲/۲۱	۲۰/۹	۰/۰۰۰	۰/۴۲۷
	کران پایین	۲۲/۴۲	۱	۲۴/۴۲	۲۰/۹	۰/۰۰۰	۰/۴۲۷
خطا (زمان)	کرویت رعایت شده	۳۲/۷۱	۵۶	۰/۵۸			
	اصلاح گرینوس-گایزر	۳۲/۷۱	۵۴/۰۳	۰/۶			
	اصلاح هوین-فلدت	۳۲/۷۱	۵۶	۰/۵۸			
	کران پایین	۳۲/۷۱	۲۸	۱/۱۶			

معنی دار می باشد، بدین معنا که بین سطوح متغیر آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معنی داری وجود دارد. ضریب اتای تفکیکی ۰/۵۱ نشان دهنده آن است که ۵۱ درصد تغییرات درون گروهی توسط آزمون ها قابل تبیین می باشد که این اثر معنی داری اصلی باید توسط آزمون تعقیبی بررسی شود. اثر تعاملی زمان*گروه نیز معنی دار می باشد که نشان دهنده این است که نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دلبستگی اجتنابی افراد در گروه های آزمایش و گواه متفاوت می باشد و ضریب اتای ۰/۴۲ بیانگر آن است که ۴۲ درصد تغییرات ایجاد شده توسط مداخله درمانی تبیین می شود.

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود، اثر اصلی زمان بر روی نمرات شرم به لحاظ آماری معنی دار می باشد، بدین معنا که بین سطوح متغیر آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معنی داری وجود دارد. ضریب اتای تفکیکی ۰/۶۳ نشان دهنده آن است که ۶۳ درصد تغییرات درون گروهی توسط آزمون ها قابل تبیین می باشد که این اثر معنی داری اصلی باید توسط آزمون تعقیبی بررسی شود. اثر تعاملی زمان*گروه نیز معنی دار می باشد که نشان دهنده این است که نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری شرم افراد در گروه های آزمایش و گواه متفاوت می باشد و ضریب اتای ۰/۳۷ بیانگر آن است که ۳۷ درصد تغییرات ایجاد شده توسط مداخله درمانی تبیین می شود. همان طور در جدول مشاهده می شود، اثر اصلی زمان بر روی نمرات دلبستگی اجتنابی به لحاظ آماری

به منظور مشخص شدن روند تغییرات در گروه آزمایش، از آزمون تعقیبی بونفرونی برای عامل زمان استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی گروه آزمایش برای متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان (I)	زمان (J)	اختلاف میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی داری
شرم	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۶*	۰/۲۸	۰/۰۰۰
	پیش آزمون	پیگیری	۱/۸۶*	۰/۳	۰/۰۰۰
	پس آزمون	پیش آزمون	-۲/۶*	۰/۲۸	۰/۰۰۰
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۷۳	۰/۲۸	۰/۰۶۵
سبک دلبستگی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۸۶*	۰/۳	۰/۰۰۰
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۷۳	۰/۲۸	۰/۰۶۵
	پس آزمون	پیش آزمون	۲/۶۶*	۰/۳۱	۰/۰۰۰
	پس آزمون	پیگیری	۲/۰۶*	۰/۳۱	۰/۰۰۰
سبک دلبستگی	پس آزمون	پیش آزمون	-۲/۶۶*	۰/۳۱	۰/۰۰۰
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۶	۰/۳۷	۰/۳۹۷
	پیگیری	پیش آزمون	-۲/۰۶*	۰/۳۱	۰/۰۰۰
	پیگیری	پس آزمون	۰/۶	۰/۳۷	۰/۳۹۷

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بسته تلفیقی درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان مبتنی بر شفقت بر سبک‌های دلبستگی و شرم در بزرگسالان با دلبستگی ناایمن بود. یکی از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که بسته تلفیقی درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان مبتنی بر شفقت منجر به کاهش شرم در بزرگسالان با دلبستگی ناایمن شد و در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. این یافته با مطالعات ریمز و همکاران (۲۰۲۱)؛ پارک و شیلد (۲۰۲۳)؛ سیگالا و همکاران (۲۰۲۱)؛ هان و لی (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت این نتیجه حاکی از آن است که ترکیب این دو رویکرد درمانی می‌تواند به صورت هم‌افزا بر هیجانات منفی عمیق مانند شرم که ریشه در تجربیات دلبستگی ناایمن دارند، تأثیر بگذارد (سیگالا و همکاران، ۲۰۲۱). کاهش شرم در این افراد احتمالاً به این دلیل رخ داده که مداخله تلفیقی هم به بازسازی الگوهای دلبستگی پرداخته و هم با تقویت شفقت به خود، راهبردهای سازگارانه‌تری برای مواجهه با هیجانات دردناک فراهم کرده است. پایداری این اثر در مرحله پیگیری نشان‌دهنده ماندگاری

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، تفاوت بین مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ولی تفاوت بین مرحله پس آزمون با مرحله پیگیری معنی‌دار نمی‌باشد. در نتیجه می‌توان گفت مداخله مورد نظر توانسته است شرم گروه آزمایش را در پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون به صورت معنی‌داری کاهش دهد و عدم تفاوت معنی‌دار بین مرحله پس آزمون با مرحله پیگیری، نشان‌دهنده حفظ این اثربخشی در مرحله پیگیری می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، تفاوت بین مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ولی تفاوت بین مرحله پس آزمون با مرحله پیگیری معنی‌دار نمی‌باشد. در نتیجه می‌توان گفت مداخله مورد نظر توانسته است دلبستگی گروه آزمایش را در پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون به صورت معنی‌داری کاهش دهد و عدم تفاوت معنی‌دار بین مرحله پس آزمون با مرحله پیگیری، نشان‌دهنده حفظ این اثربخشی در مرحله پیگیری می‌باشد.

تغییرات ایجاد شده در باورها و الگوهای هیجانی این افراد است (ریمز و همکاران، ۲۰۲۱).

مکانیسم تأثیر این مداخله احتمالاً از طریق ایجاد تغییر در بازنمایی‌های درونی فرد از خود و دیگران عمل کرده است. درمان مبتنی بر دلبستگی باهدف قراردادن الگوهای ارتباطی ناسازگار و درمان مبتنی بر شفقت با کاهش انتقاد درونی و افزایش پذیرش خود، به صورت توأمان به کاهش احساس شرم کمک کرده‌اند. این یافته با مطالعات پیشین که نشان داده‌اند شرم با دلبستگی ناایمن ارتباط تنگاتنگی دارد، همسو است. تلفیق این دو روش ظاهراً توانسته است به صورت جامع‌تری به ریشه‌های شرم در روابط اولیه و پیامدهای هیجانی آن بپردازد (پارک و شیلد، ۲۰۲۳).

پایداری اثرات این مداخله در مرحله پیگیری از چند جهت حائز اهمیت است. نخست آنکه نشان می‌دهد تغییرات ایجاد شده صرفاً موقتی نبوده و در طول زمان تثبیت شده‌اند. دوم آنکه حاکی از ایجاد تحولات عمیق‌تر در ساختار روانی افراد است که احتمالاً منجر به تغییرات پایدار در سبک دلبستگی و تنظیم هیجانی شده است. این مسئله به‌ویژه در جمعیت مورد مطالعه که سال‌ها با الگوهای ناسازگار دلبستگی و هیجان‌ات منفی دست و پنجه نرم کرده‌اند، حائز اهمیت ویژه‌ای است (سیگالا و همکاران، ۲۰۲۱).

از دیدگاه پژوهشگر، این یافته‌ها حاکی از آن است که رویکردهای تلفیقی می‌توانند راهکار مؤثرتری برای مداخله در مشکلات پیچیده‌ای مانند شرم و دلبستگی ناایمن ارائه دهند. به نظر می‌رسد که هیچ‌یک از این دو روش درمانی به تنهایی نمی‌توانستند چنین تأثیر عمیق و پایداری ایجاد کنند. موفقیت این مداخله احتمالاً ناشی از آن بوده که هم به ریشه‌های بین فردی شرم در روابط دلبستگی پرداخته و هم راهبردهای درون فردی برای مدیریت آن ارائه کرده است. این مطالعه بر ضرورت توسعه مداخلات یکپارچه‌نگر که بتوانند به صورت چندبعدی به مشکلات روانشناختی بپردازند، تأکید می‌کند.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که بسته تلفیقی درمان مبتنی بر دلبستگی و درمان مبتنی بر شفقت در بهبود سبک دلبستگی افراد مؤثر بود. این یافته با مطالعات ریمز و همکاران (۲۰۲۱)؛ پارک و شیلد (۲۰۲۳)؛ سیگالا و همکاران (۲۰۲۱)؛ هان و لی (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت این بهبود عمدتاً به صورت افزایش ویژگی‌های دلبستگی

ایمن و کاهش نشانه‌های دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا) مشاهده گردید. چنین تغییری حاکی از آن است که مداخله تلفیقی توانسته است الگوهای ارتباطی ناسازگارانه‌ای را که سال‌ها در افراد تثبیت شده بود، مورد بازبینی و اصلاح قرار دهد (سیگالا و همکاران، ۲۰۲۱). احتمالاً ترکیب تکنیک‌های درمان مبتنی بر دلبستگی که بر بازسازی روابط اولیه تمرکز دارد با تمرینات شفقت‌محور که پذیرش خود را افزایش می‌دهد، بستری مناسب برای این تحول فراهم کرده است.

مکانیسم این تغییر احتمالاً از طریق تعدیل بازنمایی‌های درونی فرد از خود و دیگران عمل کرده است. درمان مبتنی بر دلبستگی با ایجاد فضای امن درمانی، الگوی جدیدی از روابط را برای فرد شبیه‌سازی کرده، درحالی‌که درمان مبتنی بر شفقت با کاهش انتقاد از خود و افزایش خودپذیری، مقاومت فرد در برابر تغییر را کاهش داده است (هان و لی، ۲۰۲۲). این دو مکمل یکدیگر بوده‌اند؛ به این معنا که درحالی‌که درمان دلبستگی به فرد کمک می‌کرد روابط جدیدی را تجربه کند، درمان شفقت‌محور موانع درونی برای این تغییر را برطرف می‌ساخت. چنین فرایندی منجر به شکل‌گیری تدریجی سبک دلبستگی ایمن‌تر شده است.

پایداری این تغییرات در مرحله پیگیری نشان‌دهنده تحولی عمیق در سیستم دلبستگی افراد است. برخلاف تغییرات سطحی که ممکن است در کوتاه‌مدت مشاهده شود، تعدیل سبک دلبستگی نیازمند بازسازی بنیادین الگوهای شناختی-هیجانی است. این که تغییرات ایجاد شده در طول زمان حفظ شده‌اند، حاکی از آن است که افراد نه تنها تکنیک‌های جدیدی آموخته‌اند، بلکه توانسته‌اند این الگوها را در زندگی روزمره خود درونی‌سازی کنند (ریمز و همکاران، ۲۰۲۱). چنین نتیجه‌ای به‌ویژه برای جمعیت مورد مطالعه که سال‌ها با الگوهای ناسازگار دلبستگی زندگی کرده‌اند، بسیار حائز اهمیت است (پارک و شیلد، ۲۰۲۳).

از دیدگاه پژوهشگر، این یافته تأیید می‌کند که تغییر سبک دلبستگی اگرچه دشوار اما امکان‌پذیر است. نکته کلیدی در این موفقیت، رویکرد تلفیقی پژوهش حاضر بوده که هم به جنبه‌های بین فردی (از طریق درمان دلبستگی) و هم به جنبه‌های درون فردی (از طریق درمان شفقت‌محور) توجه همزمان داشته است. به نظر می‌رسد هیچ‌یک از این روش‌ها به تنهایی نمی‌توانستند چنین تأثیر عمیقی ایجاد کنند. این یافته بر اهمیت توسعه مداخلات یکپارچه‌ای تأکید دارد که بتوانند پیچیدگی‌های نظام دلبستگی را به صورت

اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و سوم و مشاوره نویسنده چهارم و پنجم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی مشارکت کنندگان که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

ثانی، باقر. (۱۳۸۷). *مقیاس‌های سنجش ازدواج و خانواده*. تهران: انتشارات بعثت. ۶۳-۵۹.

فلاح زاده، هاجر؛ فرزاد، ولی اله و فلاح زاده، محمود. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ترس از صمیمیت. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۷۰-۷۹، (۱)۵.

<https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20080166.1390.5.1.7.7>

قربانخانی، مهدی؛ صالحی، کیوان؛ خدایی، ابراهیم؛ مقدم زاده، علی و دهقانی، مرصیه. (۱۴۰۱). نظام نشانگرها برای سنجش آمادگی معلمی در دوره ابتدایی: یک مطالعه مرور نظام‌مند. *فصلنامه علمی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی*، ۱۰(۱)، ۱۲۵-۱۰۹.

<https://doi:10.30473/etl.2022.61342.3646>

کوهپایه‌زاده، فاطمه. (۱۳۹۸). *تدوین و اعتباریابی بسته آموزشی مبتنی بر معنادرمانی و اثربخشی آن بر احساس تنهایی، امید و نشاط و احساس خودکارآمدی در سالمندان بازنشسته*. رساله دکتری رشته روانشناسی عمومی. دانشگاه علامه طباطبائی.

مودنی، طاهره؛ آقایی، اصغر و گل پرور، محسن. (۱۳۹۳). پیش‌بینی سبک‌های دلبستگی فرزندان بر اساس شیوه‌های فرزند پروری والدین. *فصلنامه آموزش و ارزشیابی*، ۷(۲۵)، ۹۹ تا ۸۷.

https://journals.iau.ir/article_519764.html

چندبعدی مورد توجه قرار دهند. موفقیت این مداخله می‌تواند چارچوب ارزشمندی برای درمانگرانی فراهم کند که با مراجعان دارای دلبستگی ناایمن کار می‌کنند.

اگرچه این مطالعه به نتایج ارزشمندی دست یافت، اما با محدودیت‌هایی خارج از کنترل پژوهشگر همراه بود. ازجمله این محدودیت‌ها می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن جامعه مورد مطالعه به یک منطقه جغرافیایی خاص اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین، ماهیت خودگزارشی ابزارهای پژوهش ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های اجتماعی یا تمایل شرکت کنندگان به ارائه پاسخ‌های مطلوب‌تر قرار گرفته باشد. از سوی دیگر، عدم امکان کنترل کامل متغیرهای محیطی مانند شرایط خانوادگی یا استرس‌های روزمره شرکت کنندگان در طول دوره مداخله نیز از دیگر محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌شود. علاوه بر این، پیگیری کوتاه‌مدت این پژوهش (به‌عنوان مثال سه ماه پس از مداخله) امکان بررسی ماندگاری بلندمدت اثرات را فراهم نکرده است.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر فرهنگی-اجتماعی انجام شود تا اعتبار بیرونی نتایج افزایش یابد. همچنین، استفاده از روش‌های ترکیبی (کیفی و کمی) و ابزارهای عینی‌تر مانند مشاهده رفتاری یا مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته می‌تواند به درک عمیق‌تری از مکانیسم‌های تغییر منجر شود. از منظر کاربردی، آموزش این بسته تلفیقی به درمانگران و مشاوران می‌تواند به گسترش مداخلات مؤثر برای افراد با دلبستگی ناایمن کمک کند. همچنین، طراحی برنامه‌های پیشگیرانه در مدارس یا مراکز مشاوره برای شناسایی زودهنگام افراد با دلبستگی ناایمن و ارائه مداخلات کوتاه‌مدت مبتنی بر این پروتکل پیشنهاد می‌شود. در نهایت، انجام مطالعات پیگیری بلندمدت (۶ ماه تا یک سال) برای بررسی پایداری اثرات این مداخله ضروری به نظر می‌رسد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد با کد اخلاق IRCT20240930063208N1 و کدکارآزمایی بالینی IR.IAU.MSHD.REC.1403.067 است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری

References

- Ayribas, B., Toprak, T., Degirmentepe, R. B., & Ozgur, M. O. (2023). Insecure attachment and its relationship with negative self perception in children with nocturnal enuresis. *Journal of pediatric urology*, 19(1), 24.e1–24.e7. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2022.10.006>
- Cacciola, E., & Psouni, E. (2020). Insecure Attachment and Other Help-Seeking Barriers among Women Depressed Postpartum. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 3887. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113887>
- Dagan, O., Groh, A. M., Madigan, S., & Bernard, K. (2021). A Lifespan Development Theory of Insecure Attachment and Internalizing Symptoms: Integrating Meta-Analytic Evidence via a Testable Evolutionary Mis/Match Hypothesis. *Brain sciences*, 11(9), 1226. <https://doi.org/10.3390/brainsci11091226>
- Doolan, E. L., & Bryant, R. A. (2021). Modifying insecure attachment style with cognitive bias modification. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 73, 101664. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101664>
- Falahzadeh, H., Farzad, V., & Falahzadeh, M. (2011). A study of the Psychometric Characteristics of Fear of Intimacy Scale (FIS). *Journal of Research in Psychological Health*, 5(1), 70-79. <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.20080166.1390.5.1.7> (In Persian)
- Groene, S. G., Jansen, L., Tan, R. N. G. B., Steggerda, S. J., Haak, M. C., Roest, A. A. W., Lopriore, E., & van Klink, J. M. M. (2022). Insecure attachment and internalizing behavior problems in growth discordant identical twins. *Early human development*, 174, 105679. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105679>
- Ghorbankhani, M., Salehi, K., Khodaie, E., Moghadazadeh, A. and Dehghani, M. (2022). A System of Indicators for Assessing the Teacher Readiness in Primary Education: a Systematic Review. *Research in School and Virtual Learning*, 10(1), 109-125. <https://doi.org/10.30473/etl.2022.61342.3646>
- Ghorbankhani, M., Mousavian, S., Shahriari Mohammadi, A., & Salehi, K. (2024). Enhancing disaster preparedness: Developing competencies for military physicians in risk reduction. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 103, 104321. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2024.104321>
- Han, H., & Lee, J. (2022). The Effect of Adult Attachment on the Fear of Intimacy: The Mediating Effect of Self-differentiation and Self-esteem. *Family and Environment Research*, 60(3), 459-470. <http://dx.doi.org/10.6115/fer.2022.030>
- Herstell, S., Betz, L. T., Penzel, N., Chechelnizki, R., Filihagh, L., Antonucci, L., & Kambeitz, J. (2021). Insecure attachment as a transdiagnostic risk factor for major psychiatric conditions: A meta-analysis in bipolar disorder, depression and schizophrenia spectrum disorder. *Journal of psychiatric research*, 144, 190–201. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.10.002>
- Koohpayehzadeh, F. (2019). *Development and validation of a meaning therapy-based training package and its effectiveness on loneliness, hope and vitality, and self-efficacy in retired elderly* [Unpublished doctoral dissertation, Allameh Tabataba'i University]. [In Persian]
- Lavin, R., Bucci, S., Varese, F., & Berry, K. (2020). The relationship between insecure attachment and paranoia in psychosis: A systematic literature review. *The British journal of clinical psychology*, 59(1), 39–65. <https://doi.org/10.1111/bjc.12231>
- Leben Novak, L., Gomboc, V., Poštuvan, V., De Leo, D., Rosenstein, Ž., & Drobnič Radobuljac, M. (2023). The Influence of Insecure Attachment to Parents on Adolescents' Suicidality. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 2827. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042827>
- Li, D., Carnelley, K. B., & Rowe, A. C. (2023). Insecure Attachment Orientation in Adults and Children and Negative Attribution Bias: A Meta-

- Analysis. *Personality & social psychology bulletin*, 49(12), 1679–1694. <https://doi.org/10.1177/01461672221117690>
- Lim, B. H., Hodges, M. A., & Lilly, M. M. (2020). The Differential Effects of Insecure Attachment on Post-Traumatic Stress: A Systematic Review of Extant Findings and Explanatory Mechanisms. *Trauma, violence & abuse*, 21(5), 1044–1060. <https://doi.org/10.1177/1524838018815136>
- Mowzooni, T., Aghaei, A., & Golparvar, M. (2014). Predicting children's attachment styles based on parenting styles. *Quarterly Journal of Education and Evaluation*, 7(25), 87–99. https://journals.iau.ir/article_519764.html [In Persian].
- Park, C. J., & Shields, J. (2023). Childhood attachment insecurity and shame-proneness in adulthood: Implications for clinical social work practice. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 1–17. <http://dx.doi.org/10.1080/10911359.2023.2237091>
- Puckett, J., Sood, M., & Newman-Taylor, K. (2024). Does insecure attachment lead to psychosis via dissociation? A systematic review of the literature. *Psychology and psychotherapy*, 97(2), 372–392. <https://doi.org/10.1111/papt.12521>
- Sanaei, B. (2008). *Marriage and family assessment scales* Besat Publications. [In Persian].
- Scigala, D. K., Fabris, M. A., Badenes-Ribera, L., Zdankiewicz-Scigala, E., & Longobardi, C. (2021). Alexithymia and self differentiation: The role of fear of intimacy and insecure adult attachment. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 43(2), 165–176. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09567-9>
- Sedighimornani, N., Rimes, K., & Verplanken, B. (2021). Factors contributing to the experience of shame and shame management: Adverse childhood experiences, peer acceptance, and attachment styles. *The Journal of social psychology*, 161(2), 129–145. <https://doi.org/10.1080/00224545.2020.1778616>
- Sood, M., Carnelley, K. B., & Newman-Taylor, K. (2022). How does insecure attachment lead to paranoia? A systematic critical review of cognitive, affective, and behavioural mechanisms. *The British journal of clinical psychology*, 61(3), 781–815. <https://doi.org/10.1111/bjc.12361>
- Tironi, M., Charpentier Mora, S., Cavanna, D., Borelli, J. L., & Bizzi, F. (2021). Physiological Factors Linking Insecure Attachment to Psychopathology: A Systematic Review. *Brain sciences*, 11(11), 1477. <https://doi.org/10.3390/brainsci11111477>
- Zhang, Y., Ding, Y., Huang, H., Peng, Q., Wan, X., Lu, G., & Chen, C. (2022). Relationship between insecure attachment and mobile phone addiction: A meta-analysis. *Addictive behaviors*, 131, 107317. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107317>