



Research Article

The Effectiveness of Treatment Is Based on the Mentalization of Object Relations and Feelings of Shame and Guilt in Conflicting Mother-Child Relationships

Parvin Roosta¹, Seyed Abdol-Majid Bahreinian^{2,*}, Ghasem Ahi²,
Mohammad Hassan Ghanifar³

¹ PhD Student of Clinical Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

² Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Azad University of Psychology, Birjand, Iran

* **Corresponding author:** Seyed Abdol-Majid Bahreinian, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. Email: 1860952690@iau.ir

DOI: [10.61186/jams.27.5.279](https://doi.org/10.61186/jams.27.5.279)

How to Cite this Article:

Roosta P, Bahreinian SA, Ahi G, Ghanifar MH. The Effectiveness of Treatment Is Based on the Mentalization of Object Relations and Feelings of Shame and Guilt in Conflicting Mother-Child Relationships. *J Arak Uni Med Sci.* 2025;27(5): 279-86. DOI: [10.61186/jams.27.5.279](https://doi.org/10.61186/jams.27.5.279)

Received: 15.08.2024

Accepted: 10.11.2024

Keywords:

Treatment based on
mentalization;
Object relations;
Feelings of shame and guilt;
Parent-child conflict

© 2024 Arak University of Medical
Sciences

Abstract

Introduction: One of the problems during adolescence is the existence of conflict with parents, which creates object relationships and feelings of shame and guilt in them. This research was conducted to determine the effectiveness of treatment based on the mentalization of object relations and feelings of shame and guilt in conflicting mother-child relationships.

Methods: This research method was semi-experimental and pre-test-post-test with a control group. The statistical population of this research included all mothers and adolescents with conflicting relationships who were referred to counseling centers in Shiraz in 2022. By using the available sampling method, 30 people from the mentioned community were selected as a sample and were randomly divided into two experimental (15 people) and control (15 people) groups. Asadi et al.'s parent-child conflict questionnaires (2010), Bell's object relations (1995), and Cohen et al.'s (2011) feelings of shame and guilt were used to collect information. The experimental group underwent executive function training for 13 sessions twice a week for 60 minutes, and the control group did not receive any training. The research data was analyzed using correlation.

Results: The mean $\pm$ standard deviation of the experimental group in the post-test in the variable of object relations from 1.5 ± 1.37 to 28.6 ± 4.3 and in the variable of shame and guilt from 5 ± 1.60 to 5.60 ± 3.51 decreased. The results showed that in the post-test stage, the mean scores of object relations and feelings of shame and guilt in the experimental group decreased significantly compared to the control group ($P < 0.01$).

Conclusions: Treatment based on mentalization was effective in improving object relationships and reducing feelings of shame and guilt. Therefore, this treatment can be suggested to reduce the conflict between adolescents and mothers.

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر روابط آبه و احساس شرم و گناه در روابط متعارض مادر-فرزندی

پروین روستا^۱ ID، سید عبدالمجید بحرینیان^{۲*} ID، قاسم آهی^۲، محمدحسن غنی‌فر^۳ ID

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

^۲ گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

* نویسنده مسئول: سید عبدالمجید بحرینیان، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

ایمیل: 1860952690@iau.ir

DOI: 10.61186/jams.27.5.279

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۵/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۸/۲۰
مقدمه: یکی از مشکلات در دوران نوجوانی، وجود تعارض با والدین می‌باشد که روابط آبه و به دنبال احساس شرم و گناه را در آنان ایجاد می‌کند. این پژوهش به منظور تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر روابط آبه و احساس شرم و گناه در روابط متعارض مادر-فرزندی انجام شد.	واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی؛ روابط آبه؛ احساس شرم و گناه؛ تعارض والد-فرزند
روش کار: روش این مطالعه نیمه تجربی و به روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران و نوجوانان دارای روابط متعارض مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ بودند. ۳۰ نفر از جامعه مذکور به عنوان نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و شاهد (۱۵ نفر) قرار گرفتند. از پرسشنامه‌های تعارض والد-فرزند اسدی و همکاران (۱۳۹۰)، روابط آبه بل (۱۹۹۵) و احساس شرم و گناه کوهن و همکاران (۲۰۱۱) برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. گروه آزمایش تحت مداخله آموزش کارکردهای اجرایی به مدت ۱۳ جلسه هفته‌ای دو بار و به مدت ۶۰ دقیقه قرار گرفتند و گروه شاهد هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. داده‌های پژوهش با استفاده از کوریانس مورد تحلیل قرار گرفت.	تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.
یافته‌ها: میانگین $\pm$ انحراف استاندارد گروه آزمایش در پس‌آزمون در متغیر روابط آبه از $37/1 \pm 5/1$ به $28/6 \pm 4/3$ و در متغیر احساس شرم و گناه از $60/3 \pm 5/1$ به $51/2 \pm 9/1$ کاهش یافت. نتایج نشان داد در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات روابط آبه و احساس شرم و گناه در گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد به صورت معنی‌داری کاهش یافت ($P < 0/01$).	
نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود روابط آبه و کاهش احساس شرم و گناه مؤثر بود. بنابراین این نوع درمان را می‌توان برای کاهش تعارض روابط نوجوان و مادر پیشنهاد کرد.	

ارجاع: روستا پروین، بحرینیان سید عبدالمجید، آهی قاسم، غنی‌فر محمدحسن. اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر روابط آبه و احساس شرم و گناه در روابط متعارض مادر-فرزندی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک ۲۷، ۱۴۰۳، (۵): ۲۷۹-۲۸۶.

مقدمه

کنونی خود را بر اساس نقشه‌های ارتباطی ناهشیار برقرار می‌کنند که در طول سال‌های اولیه زندگی شکل گرفته است (۴). اشخاصی که در یک خانواده هستند، هر کدام میراث روانی یکتا و جداگانه‌ای را وارد آن رابطه می‌کنند و ابژه‌های سرکوب شده درونی خود را بر روی یکدیگر فراقتنی می‌کنند و یکدیگر را وادار به پذیرش این نقش از طریق فرایند همانندسازی فراقکنانه می‌کنند (۵).

یکی دیگر از متغیرهای قابل بررسی در نوجوانان، احساس شرم و گناه می‌باشد (۶). نوجوانان در زندگی روزمره با تجربه احساس شکست، نقص و بی‌کفایتی مواجه شوند، که به دنبال این تجارب و ارزیابی که از خودشان دارند،

زمانی که کودک وارد دوره نوجوانی می‌شود، ارتباطات خانوادگی به کلی دگرگون شده و شکل جدیدی به خود می‌گیرند (۱). کارکرد اصلی واحد خانواده ایجاد موقعیتی برای رشد روانی، اجتماعی و زیستی و بقای اعضاء خانواده است. در طی فرایند برآوردن این کارکرد، خانواده‌ها با مسایل و مشکلات و تکالیف مختلفی روبرو می‌شوند (۲). یکی از عواملی که در رویارویی با تعارض در افراد دارای تعارض بوجود می‌آید روابط آبه است (۳). روابط آبه بر این فرض بنا شده است که انسان‌ها مستعد درگیر شدن در الگوهای تعاملی حفظ‌کننده مشکل هستند، چون آن‌ها روابط

ممکن است هیجاناتی مانند شرم و گناه در آن‌ها برانگیخته شود (۷). احساس شرم یک احساس دردناک است که باعث می‌شود فرد تمایل به فرار، عقب‌نشینی و انزوا داشته باشد. شرم، یک تجربه عاطفی بسیار ترسناک و ناتوان کننده است که با ارزیابی‌های منفی عمیق از خود مرتبط است. شدت شرم می‌تواند بیش از تحمل فرد باشد، و این امر به تلاش‌هایی برای تعدیل یا فرار از تجربه عاطفی همراه با آن منجر می‌شود شرم و گناه هیجانات خودآگاه هستند که به وسیله تأمل به خود و خودارزیابی منفی برانگیخته می‌شوند. گناه مربوط به ارزیابی رفتار فرد است، در حالی که شرم مربوط به ارزیابی خود فرد می‌شود (۸).

از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در کاهش روابط ابژه و شرم گناه و افزایش ابرزگری هیجان و تأثیرگذار باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است (۹). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، نوع خاصی از روان‌درمانی روان‌پویشی است که توسط بتمن و فونگی در سال ۲۰۱۶ ابداع شده است (۱۰). ذهنی‌سازی به عنوان شکلی از فعالیت ذهنی تخیلی غالباً نیمه هوشیار تعریف می‌شود، به عبارتی درک و تفسیر رفتارهای خود و دیگران است که از حالات ذهنی عمدی (مانند نیازها، خواسته‌های احساسات و باورها) ناشی شده است. این فعالیت ذهنی شامل توانایی فرد در تشخیص واقعیت درونی از بیرونی و فرایندهای هیجانی و ذهنی درونی از وقایع بین فردی است (۱۱). در این نوع درمان، درمانگر بایستی سطوح انگیختگی را با دقت کنترل کند، تا مطمئن شود که اضطراب نه خیلی کم و نه خیلی زیاد است؛ چون که هر دو با ذهنی‌سازی تداخل دارند. همچنین باید مطمئن باشد که ذهنی‌سازی شخصی او حفظ می‌شود. اگر ذهنی‌سازی درمانگر به خطر بیفتد، ارائه درمان مؤثر امکان‌پذیر نخواهد بود. کانون اصلی در این درمان کمک به درمان جو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل کند (۱۲).

کریمی و همکاران (۱۳) و نخلی و همکاران (۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر روابط ابژه تأثیر دارد. Gurgendize (۱۵) و الماسی و همکاران (۱۶) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر احساس شرم و گناه تأثیر دارد.

از آن‌جا که احساس شرم و گناه و وجود روابط متعارض بین نوجوانان و والدین یکی از نگرانی‌های مهم خانواده‌ها است که نیازمند انجام مداخلاتی برای کاهش مشکلات آن‌ها می‌باشد. با توجه به اینکه تعارضات مادر فرزندی عامل بسیاری از ناخوشی‌های روانی و پیامدهای نامطلوب همچون مشکل در روابط ابژه، ابرازگری هیجانی و شرم و احساس گناه محسوب می‌شود و این نوع از پژوهش‌ها به‌طور کلی در سطح جهان در نمونه تعارضات والد فرزندی بسیار محدود است، اما زمانی که به پژوهش‌های داخلی برمی‌گردیم این محدودیت و شکاف پژوهش‌ها بسیار بیش‌تر می‌شود. بنابراین با توجه به آن‌چه که بیان شد و همچنین کمبود پژوهش‌های داخل کشور در ارتباط بین متغیرهای حاضر، هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر روابط ابژه و احساس شرم و گناه در روابط متعارض مادر- فرزندی بود.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با

گروه شاهد بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران و نوجوانان آن‌ها تشکیل دادند که به دلیل روابط متعارض با فرزندان‌شان به کلینیک‌های مشاوره و روانشناسی در شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ مراجعه نموده بودند. از بین مراکز مشاوره و روانشناسی، سه مرکز انتخاب شدند که حاضر به همکاری با پژوهشگر بودند. مادرانی که به دلیل داشتن روابط متعارض با فرزندان‌شان به این کلینیک‌ها مراجعه کرده بودند پرسشنامه تعارض والد فرزندی را تکمیل کردند. در این پرسشنامه نمره ۵۰ به بالا به عنوان نمره تعارض‌های شدید در نظر گرفته شد. بر اساس پرسشنامه‌های تکمیل شده ۸۵ نفر به عنوان مادرانی انتخاب شدند که روابط متعارض شدید با فرزندان‌شان داشتند. و در نهایت بر اساس مصاحبه مقدماتی و ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه، ۴۰ نفر از مادران که دارای رابطه متعارض با نوجوانان خود بودند به شیوه در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی و با روش قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش و گروه شاهد (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. افراد گروه مداخله به‌صورت گروهی و در مرکز مشاوره راه نو شهر شیراز توسط یک متخصص روانشناسی که دوره آموزشی لازم در زمینه درمان ذهنی‌سازی را دیده بود، انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل، کسب نمره بیشتر از ۵۰ از پرسشنامه تعارض والد فرزندی، داشتن حداقل یک فرزند نوجوان دارای سن ۱۴ تا ۲۰ سال، حداقل تحصیلات در سطح سیکل، حداقل سن ۳۵ و حداکثر ۵۰ سال و معیارهای خروج از پژوهش شامل، دریافت مداخله درمانی دیگر و غیبت بیش از دو جلسه بود. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل موارد ذیل بود: الف) کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش با اختیار و تمایل خود شرکت کردند؛ ب) قبل از اجرای پژوهش از والدین آزمودنی‌ها رضایت آگاهانه کتبی جهت مشارکت در پژوهش اخذ شد؛ ج) درباره اصول رازداری و محرمانه بودن هویت شرکت‌کنندگان به آنان و والدین آن‌ها اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به صورت محرمانه باقی خواهد ماند؛ د) در پایان آموزش از شرکت‌کنندگان در پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آمد و ه) شرکت‌کنندگان در صورت خواست هر زمانی که از ادامه مشارکت منصرف شدند، می‌توانند آزادانه گروه را ترک نمایند.

ابزار گردآوری داده‌ها عبارتند از: پرسشنامه تعارض والد-فرزند (Parent-Child Conflict Questionnaire)؛ این پرسشنامه توسط اسدی و همکاران در سال ۱۳۹۰ طراحی شد. فرم والدین این پرسشنامه دارای ۸۹ سؤال و فرم نوجوان دارای ۹۲ سؤال است. نمره‌گذاری پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت انجام می‌شود که طی آن برای گزینه تقریباً هرگز = ۱، برای گزینه به ندرت = ۲، برای گزینه گاهی = ۳، برای گزینه اغلب = ۴ و برای گزینه همیشه = ۵ در نظر گرفته می‌شود. هر سؤال دارای دو قسمت است که قسمت اول هر سؤال «فروانی تعارض» و قسمت دوم «شدت تعارض» را می‌سنجد. نمره‌گذاری سؤال‌ها در هر قسمت جداگانه و بر اساس مقیاس لیکرت انجام می‌شود. نمره هر فرد به صورت میانگین شدت تعارض در موضوع‌های مورد تعارض محاسبه شده که بین ۱ (آرام) تا ۵ (عصبانی) در تغییر است. اسدی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ را برای همسانی درونی بخش فراوانی تعارض و ضریب آلفای ۰/۹۸ برای بخش شدت تعارض را به دست آورده‌اند (۱۷). پایایی بازآزمایی این مقیاس نیز برای بخش فراوانی تعارض ۰/۷۲ و برای بخش شدت تعارض ۰/۷۴ به

دست آمده است. روایی سازه همزمان این مقیاس از طریق اجرای همزمان آن با مقیاس سنجش تعارض نوجوان- والد رابین و فاستر (۱۹۸۹) بررسی شد که نتایج بیانگر همبستگی معنادار نمره با هر دو بخش فراوانی تعارض ($r = 0.31$) و شدت تعارض ($r = 0.39$) است. در این پژوهش پایایی کل پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ 0.81 به دست آمد.

پرسشنامه روابط موضوعی (Object Relations Questionnaire):

پرسشنامه روابط موضوعی توسط Bell و همکاران در سال ۱۹۹۵ طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۴۵ ماده است که به صورت صحیح و غلط به آن پاسخ داده می‌شود و از طریق چهار خرده مقیاس، ارزیابی دقیق و معتبری از روابط موضوعی ارائه می‌دهد. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از: بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خودمیان بینی، بی‌کفایتی اجتماعی. نحوه پاسخ‌گویی به پرسشنامه روابط موضوعی بل به این صورت است که بر مبنای راهنمای ارائه شده، آزمودنی برای هر یک از سؤالات، پاسخ صحیح یا غلط را انتخاب می‌کند؛ و برحسب کلید پرسشنامه، گزینه صحیح نمره یک می‌گیرد و برای برخی دیگر گزینه غلط نمره یک می‌گیرد. جمع نمرات سؤالات مربوط به هر خرده مقیاس نمره رد را در هر یک از آن‌ها مشخص می‌سازد. Bell و همکاران، درباره پایایی و روایی پرسشنامه روابط موضوعی بل گزارش نمودند که این ابزار از این جهت که قادر به تفکیک جمعیت بالینی می‌باشد، از درجه بالایی از اعتبار تفکیکی برخوردار می‌باشد و همچنین از لحاظ همبستگی بالای آن با دیگر ابزارهای سنجش آسیب‌پذیری روانی، اعتبار همزمان قابل قبولی را برای آن برآورد نموده‌اند (۱۸). بررسی مقدماتی روایی و پایایی پرسشنامه روابط موضوعی بل توسط هادی نژاد و همکاران (۱۹)، صورت گرفته است. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ را برای بی‌کفایتی اجتماعی، خودمحوری، دلبستگی ناایمن و بیگانگی به ترتیب 0.68 ، 0.74 ، 0.74 و 0.85 گزارش کردند. همچنین، همبستگی بین سیاهه ۹۰ سؤالی علائم فرم بازنگری شده SCL-90-R و خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین 0.31 تا 0.68 بود. در این پژوهش پایایی کل پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ 0.76 به دست آمد.

پرسشنامه احساس شرم و گناه (Guilt and Shame)

(Proneness Questionnaire): این پرسشنامه توسط Cohen، و

همکاران در سال ۲۰۱۱ ساخته شده و دارای ۱۶ گویه برای سنجش دو بعد شرم و گناه است. در این مقیاس داستان‌هایی در مورد موقعی‌هایی که افراد در زندگی روزمره با آن‌ها مواجه می‌شوند و واکنش‌های آن‌ها به این موقعیت‌ها ارائه و سپس از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود خود را در آن موقعیت تصور کنند و میزان احتمال واکنش خود را در این شرایط روی مقیاسی پنج درجه‌ای از هرگز = ۱ تا خیلی زیاد = ۵ مشخص کنند. تحلیل عامل توسط سازندگان مقیاس نشان می‌دهد که احساس گناه دارای دو زیرمقیاس ارزیابی منفی (Negative behavior evaluation) شامل سؤال‌های ۱، ۹، ۱۴ و ۱۶ و انجام اعمال جبرانی (Repair) به دنبال تخلف فرد شامل سؤال‌های ۲، ۵، ۱۱ و ۱۵ است و احساس شرم متشکل از زیرمقیاس‌های خود ارزیابی منفی (Negative self-evaluation) شامل سؤال‌های ۳، ۶، ۱۰ و ۱۳ و رفتار کناره‌جویانه (Withdrawal) به دنبال افشای عمومی تخلف شامل سؤال‌های ۴، ۸ و ۱۲ است.

Cohen و همکاران نشان داده‌اند گرچه همبستگی زیادی بین زیرمقیاس‌های احساس گناه وجود دارد، ارتباط زیرمقیاس‌های شرم با یکدیگر ضعیف است (۲۰). آن‌ها در دو بررسی جداگانه ضرایب آلفای مطلوبی بین 0.61 تا 0.71 را برای زیرمقیاس‌های این مقیاس به دست آوردند. نتایج بررسی پایایی همسانی درونی مقیاس احساسات شرم و گناه در پژوهش ورمقانی و همکاران، نشان داد ضریب آلفای کرونباخ برای احساس گناه، احساس شرم و کل مقیاس به ترتیب 0.82 ، 0.79 و 0.86 است که نشان‌دهنده پایایی مطلوب برای خرده‌مقیاس‌ها و کل مقیاس احساسات شرم و گناه است (۲۱). همچنین روایی محتوایی و صوری آن نیز مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش پایایی کل پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ 0.87 به دست آمد.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی: برنامه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اساس مدل Bateman و Fonagy (۲۰۰۷) در ۱۳ جلسه آموزش داده شد. لازم به ذکر است هر جلسه به مدت یک ساعت و دو بار در هفته به طول انجامید.

خلاصه جلسات آموزش کارکردهای اجرایی در جدول ۱ بیان

شد (۲۲).

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

جلسات	محتوای جلسات
اول (ذهنی‌سازی و موضع ذهنی‌سازی چیست؟)	خوشاندگویی/ معرفی رهبر گروه/ بیان اهداف جلسات گروهی/ بیان اهداف جلسه اول/ تأکید بر حضور فعالانه اعضا در گروه/ معرفی اعضای گروه و اینکه چرا به درمان ارجاع شده‌اند؟/ ارائه کاربرگ/ توصیف ساختار گروه/ ارائه فعالیت گروهی/ توضیح جنبه‌های خاص، ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوءتعبیرها از سوی رهبر گروه/ بیان مثال‌هایی از سوی شرکت‌کنندگان/ بررسی موارد مطرح شده از سوی اعضا/ ارائه تکلیف خانگی
دوم (مشکل داشتن با ذهنی‌سازی یعنی چه؟)	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب/ مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران/ مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری و حساسیت بین فردی/ ارائه تکالیف خانگی)
سوم (چرا ما هیجاناتی داریم و هیجانات اصلی کدامند؟)	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (هیجانات اصلی و اجتماعی/ هیجانات اولیه و ثانویه)/ ارائه فعالیت گروهی/ توصیف انواع هیجانات و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجانات/ توضیح درمورد نقش عواطف و اهمیت آن/ ارائه تکلیف خانگی
چهارم (ذهنی‌سازی هیجانات)	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات)/ ارائه فعالیت گروهی در مورد نحوه ثبت هیجانات در رابطه با خود و دیگران/ بحث در مورد موارد مطرح شده از سوی شرکت‌کنندگان/ تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه تکلیف خانگی
پنجم (اهمیت روابط دلبستگی)	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (چگونگی مدیریت و تنظیم هیجانات)/ آموزش خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ احساسات غیر ذهنی‌سازی که بسیار ناراحت‌کننده هستند و چگونه می‌توانیم چنین حالات هیجانی را مدیریت کنیم/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه روش‌های آرمیدگی/ ارائه تکلیف خانگی
ششم (دلبستگی و ذهنی‌سازی)	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (اهمیت روابط دلبستگی)/ بحث در مورد اهمیت دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه تکالیف خانگی

ادامه جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی

جلسات	محتوای جلسات
هفتم (آسیب‌های دلبستگی)	مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ بیان مشخصات و اهداف جلسه (دلبستگی و ذهنی سازی)/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ توضیح در مورد انواع دلبستگی و تعارض‌ها و آسیب‌های دلبستگی/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه تکالیف خانگی
هشتم (درمان مبتنی بر ذهنی سازی)	مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (جنبه دلبستگی درمان مبتنی بر ذهنی سازی)/ فعالیت گروهی/ بحث/ اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران/ چگونگی شناخت هیجانات خود و دیگری/ ایجاد روابط دلبستگی با بالینگر و اعضای دیگر گروه/ فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه تکالیف خانگی
نهم (ارتباط سالم، دلبستگی و ذهنی سازی)	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه/ ارائه آموزش در مورد تجربه هیجانات و عدم بازداری هیجانات/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ بیان انواع اختلالات دلبستگی و راهکارهای درمانی آن‌ها و اینکه یاری شخص دیگر مؤلفه کلیدی در درمان است/ فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه تکالیف خانگی
دهم (ارتباط سالم، دلبستگی و ذهنی سازی)	مروری بر بحث جلسه قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه/ ارائه رویکرد آموزشی در مورد درمان تعارضات ارتباطی و ایجاد ارتباطات سالم/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه تکالیف خانگی
یازدهم (شفاف سازی)	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه/ کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن آن‌ها. شفاف سازی مباحث مطرح شده اعضای گروه از سوی درمانگر/ ترکیب مشکلات/ بحث/ ارائه تکالیف خانگی
دوازدهم (حمایت و تأیید همدلانه)	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه/ شناسایی مشکلات هیجانی و تمرکز عاطفی بر روی مباحث مطرح شده از سوی گروه و کمک به شناخت و تجربه هیجانات/ تأیید همدلانه مباحث مطرح شده اعضای گروه/ بحث/ ارائه تکالیف خانگی
سیزدهم (شفاف سازی)	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف/ آماده سازی برای پایان دادن به درمان. تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه پایان دادن درمان/ پایان دادن درمان

یافته‌ها

در این پژوهش، ۴۰ نفر از مادران که دارای تعارض با نوجوان خود بودند با میانگین سنی ۴۲/۳۲ سال (گروه آزمایش) و ۴۳/۱۵ سال (گروه شاهد) حضور داشتند. تحصیلات مادران در گروه آزمایش ۱۲ نفر زیردیپلم، ۶ نفر دیپلم تا لیسانس و ۲ نفر فوق لیسانس و در گروه شاهد ۱۳ نفر زیردیپلم، ۶ نفر دیپلم تا لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس بودند.

جدول ۲ نشان می‌دهد، در پیش‌آزمون نمرات روابط آبژه و احساس شرم و گناه در ۲ گروه، تفاوت چندانی ندارد. همچنین مشاهده می‌شود که در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون میانگین نمرات روابط آبژه و احساس شرم و گناه کاهش یافته است. جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر روابط آبژه و احساس شرم و گناه از آزمون تحلیل کواریانس یک عاملی استفاده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون روابط آبژه و احساس شرم و گناه در دو گروه

متغیر	زمان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	میانگین $\pm$ انحراف استاندارد
روابط آبژه	آزمایش	۳۷/۱ $\pm$ ۵/۱	۴۳/۶ $\pm$ ۲۸/۶
	شاهد	۴۰/۸ $\pm$ ۸/۹	۳۹/۴ $\pm$ ۹/۹
احساس شرم و گناه	آزمایش	۶۰/۳ $\pm$ ۵/۱	۵۱/۲ $\pm$ ۹/۱
	شاهد	۴۵/۴ $\pm$ ۵/۸	۴۸/۸ $\pm$ ۶/۶

نتایج جدول ۳ نشان داد مقدار F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارت دیگر، بین دو گروه شاهد و آزمایش در میزان روابط آبژه بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی دار می‌باشد. با توجه به میانگین نمرات

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تک عاملی پس‌آزمون نمرات روابط آبژه پس از تعدیل پیش‌آزمون

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورها	نسبت F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۱۴۵۸۱۲/۴	۱	۱۴۵۸۱۲/۴	۱۰۵۷/۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۰/۰۰۸
گروه‌ها	۲۹۱۰/۷	۱	۲۹۱۰/۷	۲۱/۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۱
خطا	۵۲۴۱/۲	۳۸	۱۳۷/۹				

گروه آزمایش و شاهد در پس‌آزمون به این نتیجه می‌توان رسید که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر روابط آبژه تأثیر مثبت دارد. نتایج جدول ۴ نشان داد مقدار F در سطح یک درصد معنی دار است. به عبارت دیگر، بین دو گروه شاهد و آزمایش در میزان احساس شرم و گناه بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی دار می‌باشد. با توجه به میانگین نمرات گروه آزمایش و شاهد در پس‌آزمون به این نتیجه می‌توان رسید که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر احساس شرم و گناه تأثیر مثبت دارد.

بحث

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر روابط آبژه و احساس شرم و گناه در روابط متعارض والدی-فرزندی بود. نتایج این نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر روابط آبژه بیش‌فعالی تأثیر دارد. نتایج این مطالعه با یافته‌های و کریمی و همکاران (۱۳) نخلی و همکاران (۱۴) که در پژوهش خود نشان دادند، درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر روابط آبژه تأثیر دارد؛ همسو بود. پژوهشی ناهمسو با یافته‌های این پژوهش یافت نشد.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت اصطلاح آبژه هم به یک شخصی واقعی در دنیای بیرونی و هم به تصویر درونی شده آن فرد اشاره دارد که یا در روابط بین فردی شخص وجود دارد یا تصاویری است که از تجارب پیشین فرد درونی شده است. نظریه روابط آبژه بر این فرض بنا شده است که انسان‌ها مستعد درگیر شدن در الگوهای تعاملی حفظ کننده مشکل هستند، چون آن‌ها روابط کنونی خود را بر اساس نقشه‌های ارتباطی ناهشیار برقرار می‌کنند که در طول سال‌های اولیه زندگی شکل گرفته است (۱۴).

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک عاملی پس از تعدیل پیش‌آزمون

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورها	نسبت F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۲۹۶۸۰۸/۵	۱	۲۹۶۸۰۸/۵	۴۹۱۲/۴	۰/۰۱	۰/۹۰	۰/۰۰۶
گروه‌ها	۳۶۷/۵	۱	۳۶۷/۵	۶/۱	۰/۰۱	۰/۱۸	۰/۸۹
خطا	۲۲۹۵/۹	۳۸	۶۰/۴				

بینانه قضاوت نکند و انعطاف پذیری بیشتری از خود نشان دهد و در نتیجه مشکلات ارتباطی‌اش با دیگران بهبود پیدا کند.

دیگر یافته این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر احساس شرم و گناه تأثیر دارد. نتایج این یافته با یافته‌های Gurgenidze (۱۵) و الماسی و همکاران (۱۶) در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر احساس شرم و گناه تأثیر دارد؛ همسو بود. پژوهشی ناهمسو با یافته‌های این پژوهش یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که زمانی شرم شدید ایجاد می‌شود که فرد نتواند روان زخم (Trauma) را توسط ذهنی‌سازی پردازش کند. وقتی مراقب اولیه نتواند با آینه واری متمایز (Marked) به هم تنظیمی (Co-regulation) حالات عاطفی کمک کند، فرد احتمالاً دچار نقص در این ظرفیت می‌شود و این نقص اجازه نمی‌دهد که او در آینده شرم را پردازش کند. اینجا است که فرد متوجه می‌شود والدینش انتظارات و استانداردهایی را در ذهن دارند که برایشان ارزشمند است؛ بنابراین، تخطی از این موارد هیجاناتی را در او فرا می‌خوانند (۱۶).

اگر والدین فرد را به صورت مداوم به ذهن نیاورند، آن‌ها احساس می‌کنند که فهمیده نشده‌اند و مستعد تجربه شرم خواهند شد. علاوه بر این، ظرفیت ذهنی‌سازی خود این افراد نیز تخریب می‌شود. ظرفیت ذهنی‌سازی عاملی محافظت‌کننده برای سلامت روان محسوب می‌شود. وقتی این افراد شرم را تجربه می‌کنند، نمی‌توانند از این ظرفیت به عنوان عاملی محافظ بهره ببرند. فردی که از ظرفیت مقاومی برای ذهنی‌سازی برخوردار است، می‌تواند دلیل احتمالی حمله صورت گرفته از جانب طرف مقابل را به ذهن آورد و به آن معنا ببخشد. در مقابل، برای فردی که در این ظرفیت نقص دارد، حمله دیگری به مثابه تخریب تمام و کمال هویت تجربه می‌شود. از این‌رو درمان ذهنی‌سازی توانایی درک اعمال خود و دیگران از لحاظ افکار، احساسات، آرزوها و خواسته‌ها را در افراد افزایش می‌دهد (۱۵).

در فرایند ذهنی‌سازی وقتی افراد دیدگاه فرد دیگری را اتخاذ می‌کنند، هیجانات او را به نحوی تجربه می‌کنند که گویی خودشان در موقعیت او قرار گرفته‌اند. تصور قرارگیری خود در موقعیت دیگری باعث می‌شود که بیننده خجالت‌زدگی آن دیگری را تجربه کند. به همین ترتیب، محتوای ذهنی‌سازی نیز این است که اگر فرد در موقعیت شرم‌آور که دیگری اکنون در حال تجربه آن است قرار گیرد، چه احساسی خواهد داشت. تجربه دردناک شرم نیابتی می‌تواند فرد را از انجام اشتباهات مشابه بازدارد و همچنین باعث می‌شود با درک و تجربه این احساس ناخوشایند افراد دیگر را نیز در این موقعیت آزار دهنده قرار ندهد (۲۳). در نتیجه شکل‌گیری ظرفیت ذهنی‌سازی، همدلی، تأمل، نگرش مثبت و توانایی تحمل تجربیات فیزیکی و روانی را هم در مادران و هم در فرزندان افزایش می‌دهد. بنابراین مادران با توانایی ذهنی‌سازی باعث می‌شود که افکارشان

اشخاصی که در یک خانواده هستند، هر کدام میراث روانی یکتا و جداگانه‌ای را وارد آن رابطه می‌کنند و آبه‌های سرکوب شده درونی خود را بر روی یکدیگر فراقکنی می‌کنند و یکدیگر را وادار به پذیرش این نقش از طریق فرایند همانندسازی فراقکنانه می‌کنند. در این رویکرد عقیده بر این است که مشکلات ارتباطی فعلی فرد انعکاسی از مسایل خانواده اصلی است زیرا هر شخص باورهای ایده‌آل گرایی‌های در مورد روابط خانوادگی دارد و می‌خواهد نیازهای برآورده نشده‌اش از روابط دوران کودکی و با والدینش را در خانواده و بر روی فرزندان ارضا کند. اصطلاح روابط موضوعی به بازنمایی‌های درونی از خود و دیگران با عواطف مرتبط اشاره دارد و این‌که چگونه این ساختارها بعداً رابطه با خود و دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۳).

تجارب نامطلوب کودکی افراد باعث می‌شود افراد بازنمایی‌های موضوعی مختل را درونی کنند که امکان تلفیق جنبه‌های مطلوب و نامطلوب نزدیکان را فراهم نمی‌سازد. در نتیجه این روابط آبه مختل، من‌ناایم پدید می‌آید که یکی از عوامل اصلی در تعارضات بین فردی است. در این مواقع فردی که اکنون خود مادر است گمان می‌کند که بی ارزش است و لیاقت مراقبت مناسب بودن را نیز ندارد و در نتیجه، ممکن است ناقص بودن و دوست نداشتنی بودن را تجربه کند و نوعی بی‌اعتمادی و بی‌ارزشی ایجاد می‌شود که مانع از تعاملات سازنده والد- فرزند می‌شود. و فرض بر این است که همان تعاملات ناسالم والد- فرزند، به ایجاد دلبستگی ایمن و شکل‌گیری ظرفیت ذهنی‌سازی صدمه می‌زند (۲۳).

از این منظر، مشکلات روانشناختی به طور کلی وقتی به وجود می‌آید که ذهن، تجربه شخصی خودش را از خود و دیگران سوء تعبیر می‌کند به حدی که یک تصویر ذهنی از دیگران بر اساس تجربه شخصی خودش استنباط می‌کند. بنابراین درمان ذهنی‌سازی با بازخوانی اعتماد و الگوهای ارتباطی از ذهنی‌سازی بهبود یافته در طی درمان به مادران اجازه می‌دهد تا مسائل را بهتر درک کند و ذهنش را برای فهمیدن احساسات خود و فرزندانش بگشاید. از سوی دیگر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی یک موضع نداشتن ارائه می‌دهد که پایه‌ای برای کاوش دیدگاه فرد می‌باشد، با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین بیمار و درمانگر تجربه بیمار را در این مورد که او تنها نیست افزایش می‌دهد و نشان می‌دهد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویا بودن مفید باشد (۲۲). بنابراین می‌تواند باعث کاهش بیگانگی و عدم اعتماد در مادران شود. تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان، زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن به کاوش حالت‌های پیچیده‌تر ذهنی در زمینه‌ای از دلبستگی پرداخته شود. بنابراین این درمان باعث بهبود روابط آبه و مؤلفه‌های آن در مادران است. در نتیجه با درمان ذهنی‌سازی، باعث می‌شود که مادران در روابط خود با فرزندان تجدید نظر کند و در مورد فرزندان یک طرفه و بدبینانه و غیرواقع

انجام شود. همچنین تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر متغیرهای دیگری مانند کاهش پرخاشگری، اضطراب و ... نوجوانان نیز انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر روابط آبروه و احساس شرم و گناه مؤثر بود. بنابراین از این نوع درمان می‌توان برای کاهش تعارض بین نوجوانان و مادران‌شان استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و همچنین اساتید محترم که صبورانه در این مطالعه یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

سهم نویسندگان

این مقاله توسط نویسنده اول، راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم و چهارم نوشته شده است.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافعی بین نویسندگان بیان نشده است.

References

- Ghalami Z, Sa'dipour E, Dortaj F, Asadzadeh H, Ebrahimi Qavam S. Developing and Validating Self-Care Training Package Reducer of Damages of Relation with the Opposite Sex Based on the Theory of Planned Behavior and Its Effectiveness on Cognitive Emotion Regulation of Adolescent Girl Students. *Family and Health*. 2023;13(3):105-29. doi: 10.22034/fh.2023.710041
- Ouyang Q, Cheung RY. Mother-child versus father-child conflict and emerging adults' depressive symptoms: the role of trust in parents and maladaptive emotion regulation. *Journal of Adult Development*. 2023;30(2):205-15. doi: 10.1007/s10804-022-09425-4
- Yildiz B, Bahayi K. Examining the relationship between object relations, relationship attachment and separation anxiety in adults with depressive tendencies. *J Health Sci Med*. 2024;7(2):160-7. doi: 10.32322/jhsm.1414691
- Mohsenpour S, Alaei Khorayem S, Heidari Raziabad N. The role of object relations in predicting emotional expression, distress tolerance and marital quality. *Journal of Family Relations Studies*. 2023;3(9):46-52. doi: 10.22098/jfrs.2023.11960.1090
- Maghsoodi Mehrabani F, Honarmand M. Investigating the role of object relations and mentalization in predicting the attitude and performance of nurses in relation to patient pain management [in Persian]. *Journal of Nursing Management*. 2023;11(4):57-68.
- Shahbazi J, Khodabakhshi-koolaei A, Davoodi H, Heidari H. The comparison of the effectiveness of two patterns of self-compassion pattern focused on mindfulness and attachment-based therapy on feeling shame in male adolescents with addiction readiness [in Persian]. *JPEN*. 2020;7(1):12-22.
- Castilho P, Carvalho SA, Marques S, Pinto-Gouveia J. Self-compassion and emotional intelligence in adolescence: A multigroup mediational study of the impact of shame memories on depressive symptoms. *J Child Fam Stud*. 2017;26:759-68. doi: 10.1007/s10826-016-0613-4
- Malinakova K, Furstova J, Kalman M, Trnka R. A psychometric evaluation of the Guilt and Shame Experience Scale (GSES) on a representative adolescent sample: A low differentiation between guilt and shame. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):8901. doi: 10.3390/ijerph17238901
- Hajek Gross C, Oehlke SM, Prillinger K, Goreis A, Plener PL, Kothgassner OD. Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide Life Threat Behav*. 2024;54(2):317-37. doi: 10.1111/sltb.13044
- Asgarizadeh A, Sharp C, Ghanbari S. Shame-coping clusters: comparisons regarding attachment insecurities, mentalizing deficits, and personality pathology, controlling for general emotion dysregulation. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2023;10(1):25. PMID: 37679853 doi: 10.1186/s40479-023-00231-2
- Vogt KS, Norman P. Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychol Psychother*. 2019;92(4):441-64. PMID: 30099834 doi: 10.1111/papt.12194
- Juul S, Jakobsen JC, Hestbaek E, Jørgensen CK, Olsen MH, Rishede M, et al. Short-Term versus Long-Term Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial (MBT-RCT). *Psychother Psychosom*. 2023;92(5):329-39. PMID: 37935133 doi: 10.1159/000534289
- Karimi F, Farahbakhsh K, Salimi bajestani H, Moatamedi A. The effectiveness of Mentalization Based Therapy (MBT-A) on increasing the quality of family relationships and reducing self harm in adolescent girls [in Persian]. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2020;27(2):257-65.
- Nakhli M, Ahmadi S, Asadpour I. The impact of mentalization-based therapy on improving the mother-child relationship and secure attachment in children [in Persian]. *Quarterly Journal of Family and Research*. 2022;19(3):45-62. doi: 10.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3
- Gurgenidze A. Mentalization and shame in context of early relational misattunement [Thesis]. Garden City, NY, Adelphi

- University; 2019.
16. Almasi M, Asheri M, Fani Mohammadabady M, Dinarvand N. The role of Attachment Styles, Mentalization and shame and guilt in predicting the quality of patient care among nurses [in Persian]. *Nursing Managemen*. 2023;11(4):11-25.
17. Asadi M, Mazaheri MA, Shahidi Sh, Tahmasian K, Fayaz Bakhsh MR. Compilation and validation of the parent-adolescent conflict assessment questionnaire [in Persian]. *Family and Research Quarterly*. 2013;8(2):47-70.
18. Bell MD, Billington RJ, Becker BR. A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity, and factorial invariance. *J Clin Psychol*. 1996; 42(5):733-41. [pmid: 3760204](#) [doi: 10.1002/1097-4679\(198609\)42:5<733::AID-JCLP2270420509>3.0.CO;2-C](#)
19. Hadinezhad H, Tabatabaeian M, Dehghani M. A preliminary study for validity and reliability of bell object relations and reality testing inventory [in Persian]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014;20(2):162-9.
20. Cohen TR, Wolf ST, Panter AT, Insko CA. Introducing the GASP scale: a new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2011;100(5):947. [doi: 10.1037/a0022641](#)
21. Varmaghani H, Poursharifi H, Soleimani A, Fathi-Ashtiani A. Varmaghani H, Poursharifi H, et al. Psychometric properties of the persian version of the State Shame and Guilt Scale (SSGS) among students [in Persian]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2022;23(88):1-10. [doi: 10.30486/JSRP.2020.1901251.2459](#)
22. Bateman A, Fonagy P. Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2013;203(3):221-7. [pmid: 23887998](#) [doi: 10.1192/bjp.bp.112.121129](#)
23. Davis CAK. An evaluation of the impact of a couples enrichment program on relationship satisfaction, communication, conflict resolution, and forgiveness. [Thesis]. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska; 2015.