

## اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۰۷

### خلاصه

**مقدمه:** اختلال اضطراب فراگیر اختلالی است که در طی آن فرد به طور دائم درباره رویدادهای آینده نگران است و از آنها می ترسد، موضوعی که به نگرانی مزمن و بیمارگون درباره رویدادها منجر می شود. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت.

**روش کار:** پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه یک شهر تهران در سه ماهه پاییز سال ۱۴۰۲ بودند. در این پژوهش تعداد ۳۴ فرد دارای اختلال اضطراب فراگیر با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه گواه). افراد حاضر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی سازی را طی هشت هفته در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ)، پرسشنامه مشکلات بین فردی (IPQ) و پرسشنامه ناگویی هیجانی (AQ) استفاده شد. داده ها با تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم افزار آماری SPSS23 تجزیه و تحلیل شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات بین فردی ( $F=59/57; \text{Eta}^2=0/65; P<0/001$ ) و ناگویی هیجانی ( $F=48/51; \text{Eta}^2=0/60; P<0/001$ ) افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار دارد. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های حاصل از پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر ذهنی سازی با بهره گیری از آموزش مهارت ها و نگرش های بهنجار، تقویت انعطاف پذیری و مقابله با استرس، افزایش ظرفیت ارتباطی، پذیرا بودن نسبت به دیدگاه دیگران و ایجاد ذهنیت موفق می تواند به عنوان درمانی کارآمد در جهت کاهش مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مورد استفاده قرار داد.

### کلمات کلیدی

اختلال اضطراب فراگیر، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، مشکلات بین فردی، ناگویی هیجانی  
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

### الهام فراهانی<sup>۱</sup>

سیدعبدالمجید بحرینیان<sup>\*۲</sup>

مریم نصری<sup>۳</sup>

فاطمه شهبانی زاده<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

<sup>۲</sup> استاد تمام گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

<sup>۳</sup> استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

<sup>۴</sup> دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

Email:

majid.bahrainian@gmail.com

## مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> نشانگان عصب روان‌شناختی پیچیده‌ای است که در پنج‌مین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup>، طبقه تشخیصی مستقلی را تشکیل می‌دهد (۱). در این اختلال فرد به طور دائم درباره رویدادهای آینده نگران است و از آنها می‌ترسد، موضوعی که به نگرانی مزمن و بیمارگون درباره رویدادها منجر می‌شود. نگرانی یک فرآیند شناختی است که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به راهبردی برای کشف و کنار آمدن با خطر تهدید کننده تبدیل می‌شود (۲). تنش عضلانی مزمن، آشفتگی خواب و انواع نشانه‌های جسمانی دیگر نیز ایجاد می‌شوند. اغلب این افراد در جاتی از تخریب عملکرد را در دامنه‌ای از تمرکز در کار تا خستگی از روابط بین فردی تحمل می‌کنند. آشفتگی ذهنی شدید و دلواپسی دائمی در مورد نگرانی و نشانه‌های اضطرابی مزمن نیز به همان اندازه شایع هستند (۳). بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته در آمریکا نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب فراگیر در بزرگسالان حدود ۲/۹ درصد و در کودکان و نوجوانان تقریباً ۰/۸ درصد است. نرخ شیوع ۱۲ ماهه در سایر کشورها بین ۰/۴ تا ۳/۶ درصد است. این اختلال در زنان دو برابر بیشتر از مردان مشاهده می‌شود (۴) بیماران مبتلا به اختلال اضطراب و اضطراب فراگیر ناهنجاری‌های شناختی دارند که باعث از بین رفتن توانایی آنها برای ارتباط مؤثر با نشانه‌های همراه با اختلال اضطراب فراگیر و دیگر جنبه‌های محیط می‌شود (۱). بر این اساس اکثر پژوهش‌های همه گیرشناسی در ایران اختلال اضطراب فراگیر را به عنوان شایع‌ترین اختلال اضطرابی مطرح کرده‌اند و در برخی پژوهش‌های دیگر این اختلال نه تنها شایع‌ترین اختلال اضطرابی، بلکه در بین سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال به عنوان یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان کننده برای بزرگسالان مطرح شده است (۵).

از تاثیرات منفی اختلال اضطراب فراگیر، می‌توان به اضطراب در ارتباط و مشکلات بین فردی<sup>۳</sup> اشاره کرد. روابط بین فردی

مجموعه‌ای از واکنش‌های عاطفی و شناختی افراد در مقابل وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی خود است (۶). بر اساس نظریه بین فردی سالیوان روابط میان فردی سالم به ایجاد و حفظ شخصیت سالم کمک می‌کند و روابط بین فردی ناسالم، به شخصیت انسان‌ها آسیب می‌رساند و نیز ارتباط ضعیف از جمله منابع عمده‌ای است که بین افراد تعارض ایجاد می‌کند و به نظر می‌رسد که ریشه بسیاری از مشکلات و ناسازگاری‌ها است (۷). روابط صمیمانه با دیگران از درگیر کننده‌ترین تجارب زندگی است. عاشق شدن، داشتن دوستانی خوب، رابطه‌ی خوب با والدین و فرزندان برای همه بسیار حائز اهمیت‌اند. اکثر مردم داشتن روابط خوب با دیگران را برای خوشحالی خویش تقریباً از هرچیز دیگری ضروری‌تر می‌دانند (۸). نتایج پژوهش‌های متفاوت نشان می‌دهد که تجربه دشواری‌های بین فردی برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر نتایج منفی مانند افسردگی، تلاش‌های خودکشی، مصرف مواد و افت عملکرد شغلی و بیکاری در پی دارد (۹). مشکلات بین فردی، مشکلاتی هستند که در ارتباط با دیگران تجربه می‌شوند و موجب آشفتگی روانی می‌شوند یا با این دسته از آشفتگی‌ها در ارتباط قرار می‌گیرند (۱۰). مشکلات بین فردی را به سادگی می‌توان این گونه تعریف کرد: مشکلات تکراری در حوزه روابط بین فردی. این مشکلات برای مدت زمان طولانی ادامه پیدا کرده‌اند، تکرار می‌شوند و به نظر می‌رسد الگویی تکراری و آشنا بر این روابط حاکم است (۱۱). همچنین وجود مشکلات در روابط و همکاری با دیگران و عدم استفاده از راهبردهای مؤثر حل مسئله و عدم مقابله کارآمد با مشکلات زندگی می‌باشد (۱۲).

اختلال اضطراب فراگیر با ایجاد آسیب در پردازش شناختی و هیجانی مبتلایان سبب می‌شود تا آنان دچار ناگویی هیجانی<sup>۴</sup> شوند (۱۳-۱۴). ناگویی هیجانی به شناخت محدود از حالات هیجانی خود و دیگران اشاره دارد. افرادی که با این صفت توصیف می‌شوند بین جنبه‌های شناختی و تجربی هیجان با جنبه‌های بیانی، رفتاری و نوروفیزیولوژیک آن یکپارچگی اندکی ایجاد می‌کنند

3. interpersonal problems

4. Alexitimia

1. Generalized Anxiety Disorder

2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th)

دست می‌آید و به عنوان زیربنای رفتارهای آشکار از آن نام برده می‌شود (۳۲). لیبرمن (۳۵) به عنوان یکی از نظریه پردازان موثر در حوزه این درمان، چهار بعد ذهنی سازی اتوماتیک در برابر کنترل شده، ذهنی سازی خود در مقابل دیگران، ذهنی سازی خصوصیات درونی در مقابل خصوصیات بیرونی و ذهنی سازی شناختی در مقابل عاطفی را برای ذهنی سازی شناسایی کرد. هدف این درمان شکل دهی ظرفیت ذهنی سازی از مسیر رابطه های درمانی و گسترش ظرفیت درمان جو برای بازشناسی افکار، احساس ها و هیجان هایی است که تجربه می کند (۲۸).

در ضرورت انجام این پژوهش باید گفت اختلال اضطراب فراگیر هزینه های گزافی برای جامعه و خانواده تحمیل می کند. شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر و سیر مزمن این بیماری سبب شده است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به سایر اختلالات اضطرابی، بیشترین مراجعه را به مراکز بهداشتی - درمانی و خدمات بهداشت روانی داشته باشند. حدود ۵۷ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر قبل از رجوع به متخصصان حوزه بهداشت روانی به مراکز بهداشتی- درمانی، از جمله پزشکان عمومی (۷۸ درصد از این میزان) و متخصصان قلب و داخلی (۶۵ درصد از این میزان) مراجعه می کنند و کمتر از ۱۰ درصد، درمان های روان شناختی موثر یا روان پزشکی را دریافت می کنند که این روند ضرورت بکارگیری مداخلات روان شناختی کارآمد برای این افراد را برجسته می سازد. علاوه بر هزینه های بهداشتی و مراقبتی، این اختلال روان شناختی هزینه های غیرمستقیم (افت عملکرد) نیز برای فرد مبتلا در پی دارد که در مقایسه با سایر اختلال ها بیشترین میزان را به خود اختصاص می دهد. چنانکه در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، آمار بیکاری بالا، درآمد سالانه پایین، نرخ طلاق و کیفیت زندگی پایین به چشم می خورد. بنابراین نیاز است که به این قشر از افراد جامعه توجه بالینی دقیق و موشکافانه ای صورت پذیرد. حال با توجه به خلا پژوهشی موجود (عدم انجام پژوهشی مشابه) و ضرورت توجه به افراد مبتلا

(۱۵). این ویژگی با هیجان نامنظم و نهایتاً در بعضی موارد با بیماری روانی و فیزیکی ارتباط دارد. این سازه شامل دشواری در تشخیص احساسات<sup>۱</sup>، دشواری در بیان و توصیف احساسات<sup>۲</sup> و تفکر برون مدار<sup>۳</sup> است (۱۶). این مشخصه ها که سازه ناگویی هیجانی را تشکیل می دهند، بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانان است (۱۷). به نظر می رسد در این حالت فرد نمی تواند احساسات خود را ابراز کند، چون از حالت خلقی و هیجانی خود آگاهی ندارد (۱۸). در نتیجه در فرد تنشی به وجود می آید که می تواند وی را در برابر آسیب های روان شناختی و هیجانی آسیب پذیر نماید (۱۹).

ابتلا به این اختلال اضطراب فراگیر به عنوان عامل خطر در سبب شناسی برخی اختلالات مانند افسردگی و مصرف الکل نقش مهمی دارد، از این رو تشخیص و درمان به موقع این اختلال اهمیت بسزایی دارد (۲۰). یکی از روش های درمانی روان شناختی جدید که کارآیی بالینی مناسبی دارد، درمان مبتنی بر ذهنی سازی<sup>۴</sup> است. چنانکه نتایج پژوهش پژوهش طهماسبی آشتیان و همکاران (۲۱)؛ حاج محمدحسینی، میرزاحسینی و ضرغام حاجبی (۲۲)؛ کریمی و همکاران (۲۳)؛ محمدی و همکاران (۲۴)؛ بشرپور و عینی (۲۵)؛ اسمیتس و همکاران (۲۶)؛ پیچیاتا و همکاران (۲۷)؛ لوانتر، واترز و هابسون (۲۸)؛ استنمایر و همکاران (۲۹)؛ مالبرگ (۳۰)؛ پولنای و همکاران (۳۱)؛ سیمونسن و همکاران (۳۲) و یورگنسن و همکاران (۳۳) نشان دهنده کارآیی بالینی و کاربردی آن است. درمان مبتنی بر ذهنی سازی به عنوان شاخه ای از روان درمانی روان پویایی به شمار می رود که نخستین بار توسط بتمن و فوناگی (۳۴) تدوین و معرفی شد. این درمان دو مفهوم اصلی و بنیادی را در خود جای داده است. نخست نظریه دلبستگی بالبی و دوم ذهنی سازی. ظرفیت ذهنی سازی که به عنوان یک کارکرد بازتابی از آن نام برده می شود، را می توان در قالب مهارت ادراک حالات ذهنی خود و دیگران مفهوم پردازی نمود. این فرایند از طریق شکل گیری روابط بین فردی در زمان کودکی به خصوص در چرخه تحول دلبستگی به

3. Externally oriented thinking

4. mentalization based treatment

1. Difficulty in Identifying feelings

2. Difficulty in describing feelings

ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۴ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در پژوهش باقی ماندند (۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره ۱۱ و بالاتر در پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر، داشتن سن ۴۵-۲۵ سال، حداقل سطح تحصیلات دیپلم، رضایت فرد جهت شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده مشاوره‌ای آنان) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و عدم مصرف داروی روان‌پزشکی بود.

#### ابزارهای سنجش

**پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ):** پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر و همکاران (۳۶) تهیه شده و دارای ۷ سؤال است که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی در ۲ هفته گذشته می‌پردازد. گزینه‌ها به صورت هیچ وقت، چندروز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. کسب نمرات بالاتر از ۱۱ نشان دهنده وجود اختلال اضطراب فراگیر در افراد است. اسپیتزر و همکاران (۳۶) با استفاده از تحلیل عاملی از یک مقیاس ۱۵ سوالی، ۲ عامل استخراج کردند که ۸ سوال آن مربوط به افسردگی بوده و منجر به ساخت پرسشنامه سلامت بیمار<sup>۲</sup> گردیده و ۷ سوال دیگر مربوط به اضطراب بوده و منجر به ساخت پرسشنامه اضطراب فراگیر گردیده است. آنها همچنین ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی مقیاس را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند. اعتبار همگرایی پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب<sup>۳</sup>، چک لیست نشانه‌های روانی<sup>۴</sup> و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت<sup>۵</sup> مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی نمره مقیاس اضطراب فراگیر با پرسشنامه‌های اضطراب ۰/۷۲، چک لیست نشانه‌های روانی ۰/۷۴ و پرسشنامه زمینه‌یابی

به اختلال اضطراب فراگیر، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد.

#### روش کار

پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه یک شهر تهران در سه ماهه پاییز سال ۱۴۰۲ بودند. این پژوهش در مراکز مشاوره ویان و نیوند سعادت آباد واقع در منطقه یک شهر تهران انجام شد. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با علائم اختلال اضطراب فراگیر به مراکز مشاوره ویان و نیوند سعادت آباد مراجعه کرده بودند مورد شناسایی قرار گرفتند. این دو مرکز به شکل تخصصی به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر خدمات ارائه می‌دهد. سپس به این افراد پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر نیز ارائه شد. پس از پاسخدهی افرادی که نمره بالاتر از ۱۱ در این پرسشنامه کسب نمودند، مشخص و مورد مصاحبه بالینی بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی قرار گرفتند. در گام بعد تعداد ۴۰ نفر از این افراد که دارای اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده شدند، انتخاب و به شکل تصادفی به شیوه قرعه‌کشی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاضر در گروه آزمایش در مان مبتنی بر ذهنی‌سازی را به صورت هفته‌ای یک جلسه دریافت نمودند. این در حالی بود که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاضر در گروه گواه مداخله حاضر (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت این در مان بودند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج، مرحله پیگیری نیز دو ماه بعد اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۳ نفر در گروه آزمایش و ۳ نفر در گروه گواه از

4. Psychological symptoms checklist

5. Health background questionnaire

1. General Anxiety Disorder Questionnaire

2. Patient Health Questionnaire

3. Anxiety questionnaire

سلامت ۰/۷۵ بدست آمده است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد بود (۳۷). ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر با پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر<sup>۱</sup> ۰/۷۱ (برای حالت) و ۰/۵۲ (برای صفت) و با خرده مقیاس اضطراب ۱۲ ماده‌ای از چک لیست نشانه‌های بالینی ۰/۶۳ بدست آمده است. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر و بعد سلامت روانی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت عمومی ۰/۲۸- بدست آمد (۳۷). همچنین میزان پایایی پرسشنامه نیز با بهره برده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد (۳۷). پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۵ به دست آمد.

**پرسشنامه مشکلات بین فردی (IPQ):** پرسشنامه مشکلات بین فردی یک ابزار خودگزارش‌دهی است که گویه‌های آن در رابطه با مشکلاتی است که افراد به طور معمول در روابط بین فردی تجربه می‌کنند. این پرسشنامه در اصل ۳۲ گزینه دارد که بارخام، هاردی و استارتاپ (۴۱) آنرا طراحی نموده‌اند که در هنجاریابی ایرانی پرسشنامه آن به ۲۹ سؤال تحلیل یافت. پرسشنامه دارای شش زیرمقیاس هستند که عبارتند از صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت‌گری، مشارکت و وابستگی. پاسخگویی به سوالات این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره صفر) تا کاملاً موافقم (نمره ۴) صورت می‌گیرد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۱۱۶ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده وجود مشکلات بین فردی بیشتر است. در پژوهش بارخام، هاردی و استارتاپ (۴۱) میزان پایایی این پرسشنامه ۰/۸۱ و میزان روایی محتوایی آن مطلوب گزارش شده است. در ایران این پرسشنامه توسط فتح و همکاران (۴۲) هنجاریابی شده است. آنها روایی و پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ بررسی نمودند. گشودگی ۰/۶۳، در نظر گرفتن دیگران ۰/۶۰، پرخاشگری ۰/۸۳، حمایت‌گری ۰/۷۱، مشارکت و وابستگی ۰/۶۳ و کل مقیاس ۰/۸۲ بدست آمد. در پژوهش این پژوهشگران روایی همگرایی بین این آزمون و آزمون الکسی تایمی مثبت و معنادار بود. همچنین روایی سازه وجود عامل فوق را تأیید نمود و در نهایت ۲۹ سؤال

**پرسشنامه ناگویی هیجانی (AQ):** پرسشنامه ناگویی هیجانی توسط بگبی، پارکر و تیلور (۳۸) ساخته شده و یک پرسشنامه خودسنجی است که دارای ۲۰ سؤال و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر معطوف به بیرون (۸ ماده) است. نحوه نمره‌گذاری به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده ناگویی هیجانی بیشتر است. بشارت در سال ۱۳۸۶ نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو را تهیه و ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی هیجان‌ها، دشواری در توصیف هیجان‌ها و جهت‌گیری بیرونی در تفکر را به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی<sup>۳</sup> مقیاس نیز در نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای ناگویی هیجانی کل و زیر مقیاس‌های آن تأیید شده است (۳۹). سوالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸، ۱۹ نمره‌گذاری معکوس دارند. هر چه افراد نمراتشان در این خرده مقیاس‌ها بیشتر باشد نشان‌دهنده شدت بیشتر ناگویی هیجانی است. قربانی و همکاران (۲۰۰۲)؛ به نقل از (۴۰) آلفای

3. Test – retest reliability

4. Interpersonal Problems Questionnaire

1. Spielberger state-trait anxiety questionnaire

2. Alexitimia Questionnaire

را از ۳۲ سؤال تأیید کرد. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

### روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه (مراکز مشاوره ویان و نیوند) و انجام فرایند نمونه‌گیری در جهت انتخاب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افراد انتخاب شده (۴۰ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۲۰ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در گروه آزمایش و ۲۰ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در گروه گواه). این افراد هنوز وارد جلسات درمانی مراکز مشاوره نشده بودند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاضر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهن‌سازی را در ۸ جلسه طی هشت هفته به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاضر در گروه گواه مداخله حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. لازم به ذکر است که جلسه‌های درمان توسط

پژوهشگر و یک متخصص روان‌شناسی بالینی اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۳ نفر در گروه آزمایش و ۳ نفر در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۴ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در پژوهش باقی ماندند (۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه گواه). پروتکل درمان مبتنی بر ذهن‌سازی برگرفته از پروتکل بلیرگ (۴۳) بود که در پژوهش طهماسبی آشتیانی و همکاران (۲۱) از آن استفاده شده و کارآیی آن مورد تأیید واقع شده بود. به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای شرکت در برنامه مداخله اخذ و تمامی مراحل مداخله اطلاع‌رسانی شد. همچنین به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، درمان مبتنی بر ذهن‌سازی را به شکل رایگان دریافت خواهند کرد. همچنین به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاضر در هر دو گروه آزمایش و گواه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد بود و نیازی به ذکر نام نخواهد بود.

### جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهن‌سازی

جلسات	خلاصه جلسه
اول	توضیح جلسه‌ها، اهداف و سیر درمان، تعهد در درمان، طرح مسئله، روشن‌سازی مسئله، تشخیص نشانه‌های آسیب به خود و میزان شدت نشانه‌ها، بررسی ظرفیت ذهنیت‌سازی با بررسی ذهنیت خودکار، تحریک‌پذیری، فشار و استرس. بررسی نقاط قوت ذهنیت‌سازی و آسیب‌پذیری و زمینه‌های احساسی و بین‌فردی که در آن مشکلات ذهنیت‌سازی ظاهر می‌شوند.
دوم	بازسازی، وساطت، امید، مشارکت، آموزش مهارت‌ها و نگرش‌های درگیر در ذهنیت‌سازی مانند کنجکاوی، پذیرا بودن، وساطت و امید، تقویت انعطاف‌پذیری و مقابله با استرس.
سوم	اصلاح نشانه‌ها و علائم اختلال اضطراب فراگیر از طریق آموزش مهارت‌های مقابله با درگیری و احساس‌های آسیب‌پذیر، مقابله با ذهنیت خودکار، تمرین مدیریت سازگاران هیجان‌های کنترل‌ناپذیر.
چهارم	حفظ و نگهداری اتحاد، همکاری و ذهنیت‌سازی شخص، خانواده و گروه، بررسی عملکرد خانوادگی، شناسایی عوامل استرس‌زا در خانواده و توانایی ذهنیت‌سازی خانواده در ارتباط با وضع عاطفی با به چالش کشیدن آن، تمرین ذهنیت‌سازی از طریق تقویت صمیمیت، اعتماد، همدلی، حمایت و درک در گروه و خانواده.
پنجم	مدیریت شکست ذهنیت‌سازی و انتقال متقابل، تمرین درک افکار و احساس‌های خود و خانواده و دیگران. شناخت و مقابله با نشانه‌های اضطراب و افسردگی، اکتشاف تجربه درمانجو در روابط فعلی با درمانگر، تشخیص احساس‌ها و افکار و تعامل‌های مرتبط با این احساس‌ها، مشارکت درمانگر در ایجاد یک دیدگاه جایگزین ناشی از رابطه درمانی.
ششم	یکپارچه‌سازی دیدگاه شخص، خانواده و گروه، افزایش ظرفیت ارتباطی باز و پذیرا بودن نسبت به دیدگاه دیگران، علاقه و احترام به افکار و احساس‌های دیگران، تمایل به کشف و تمایل نداشتن به پیش‌بینی یا پیشگیری از تعصب درباره آنچه دیگران فکر یا احساس می‌کنند. آگاهی از تأثیر افکار، احساس‌ها و اعمال شخص بر دیگران.

هفتم تمرین ذهنیت‌سازی با به چالش کشیدن اوضاع عاطفی و بین‌فردی، ایجاد ذهنیت‌سازی موفق با درگیر کردن ذهن فرد در موقعیت‌های چالش‌انگیز. ایجاد تعادل بین جنبه‌های مختلف ذهنی مثل خودکار و کنترل شده، عاطفه و شناخت، خود و دیگران. تقویت حمایت خانوادگی و بین فردی مبتنی بر ذهنیت‌سازی و نزدیکی عاطفی.

هشتم برنامه‌ریزی برای حفظ ذهنیت‌سازی و تحریک توانبخشی و تغییر، تقویت توانایی‌های روان‌شناختی برای بهره‌گیری از ظرفیت ذهنی‌سازی، تحریک زندگی غنی و مؤثر، تقویت مهارت‌های تفسیری و شنیداری پیشرفته و اعتقاد به تغییرپذیری.

### نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاضر در پژوهش دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بودند که در گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد سن افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر  $4/38 \pm 32/54$  و در گروه گواه  $4/26 \pm 34/75$  سال بود. همچنین در گروه آزمایش تعداد ۴ نفر مرد (معادل ۲۳/۵۳ درصد) و ۱۳ نفر زن (معادل ۷۶/۴۷ درصد) بودند. در گروه گواه نیز تعداد ۵ نفر مرد (معادل ۲۹/۴۱ درصد) و ۱۲ نفر زن (معادل ۷۰/۵۹ درصد) بود. میانگین و انحراف استاندارد مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲ ارائه شده است.

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو ویلک<sup>۱</sup> برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوین<sup>۲</sup> برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه) برای بررسی فرضیه کرویت داده‌های تحقیق از آنالیز موجلی<sup>۳</sup> (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس آمیخته<sup>۴</sup> و آزمون تعقیبی بونفرونی<sup>۵</sup> استفاده شد. نتایج آماری با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی در دو گروه آزمایش و گواه

گروه‌ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات بین فردی	۶۳/۵۸	۹/۳۳	۴۸/۳۵	۸/۷۶	۵۰/۰۵	۸/۱۸
گروه آزمایش	۶۲/۹۴	۱۵/۰۸	۶۳/۵۲	۱۴/۷۱	۶۳/۱۱	۱۴/۸۶
گروه گواه	۵۷/۴۷	۶/۵۹	۴۶/۱۷	۹/۲۸	۴۷/۷۶	۷/۹۴
ناگویی هیجانی	۵۵/۸۸	۷/۳۳	۵۷/۷۰	۷/۰۵	۵۷/۶۴	۷/۲۰
گروه آزمایش						
گروه گواه						

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیری که در گروه آزمایش حضور داشته و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را دریافت نموده‌اند، نسبت به گروه گواه کاهش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار

استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای مشکلات بین فردی ( $F=0/12$ ;  $P=0/20$ ) و ناگویی

4. Mixed variance analysis

5. Bonferroni follow-up test

1. Shapiro-Wilk test

2. Levine test

3. Mauchly's Test

رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای مشکلات بین فردی ( $Mauchlys W=0/92$ ;  $P=0/47$ ) و ناگویی هیجانی ( $Mauchlys W=0/95$ ;  $P=0/68$ ) رعایت شده است.

هیجانی ( $F=0/10$ ;  $P=0/20$ ) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر مشکلات بین فردی ( $F=0/19$ ;  $P=0/63$ ) و ناگویی هیجانی ( $F=0/32$ ;  $P=0/35$ )

**جدول ۳.** تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
زمان	۱۱۱۷/۷۸	۲	۵۵۸/۸۹	۵۳/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱
مشکلات بین	۲۱۵۶/۴۸	۱	۲۱۵۶/۴۸	۲۸/۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱
فردی	۱۲۵۴/۳۷	۲	۶۲۷/۱۸	۵۹/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱
خطا	۶۷۳/۸۴	۶۴	۱۰/۵۳				
ناگویی	۴۳۹/۴۳	۲	۲۱۹/۷۱	۲۴/۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۱
هیجانی	۱۱۱۳/۴۲	۱	۱۱۱۳/۴۲	۲۱/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰	۱
تعامل زمان و گروه	۸۶۸/۰۲	۲	۴۳۴/۰۱	۴۸/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۱
خطا	۵۷۲/۵۵	۶۴	۸/۹۴				

طرفی نتایج نشان داد که نوع درمان دریافتی (درمان مبتنی بر ذهنی سازی) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۶۵ و ۶۰ درصد از تفاوت در نمرات مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را تبیین می‌کند. جهت بررسی کفایت حجم نمونه نیز توان آماری ۱۰۰ درصدی نشانگر آن بود که دقت آماری و کافی بودن حجم نمونه در این پژوهش و نتایج وجود دارد. در ادامه تحلیل استنباطی، جدول ۴ نشان دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با بهره‌گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی است.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته که در جدول شماره ۳ ارائه شده است، بیانگر آن بود که بر اساس ضرایب F به دست آمده، عامل مداخله‌گر زمان یا مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری) توانسته اثر معناداری بر نمرات مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر داشته و به ترتیب ۶۲ و ۴۳ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را تبیین می‌کند. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی (درمان مبتنی بر ذهنی سازی) یا نوع درمان دریافتی هم بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۴۵ و ۴۰ درصد از تفاوت در نمرات مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را تبیین می‌کند. از

**جدول ۴. تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مرحله ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) با بهره گیری از آزمون**

## تعقیبی بونفرونی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین ها	خطای انحراف معیار	معناداری
مشکلات	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۳۲	۱	۰/۰۰۰۱
بین	پیش آزمون	پیگیری	۶/۶۷	۰/۸۸	۰/۰۰۰۱
فردی	پس آزمون	پیش آزمون	-۷/۳۲	۱	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۰/۶۴	۰/۲۵	۰/۱۱
ناگویی	پیش آزمون	پس آزمون	۴/۷۳	۰/۹۳	۰/۰۰۰۱
هیجانی	پیش آزمون	پیگیری	۳/۹۷	۰/۷۶	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۴/۷۳	۰/۹۳	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	-۰/۷۶	۰/۳۴	۰/۰۹

فردی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر چنانکه پهماسی بین آشتیانی و همکاران (۲۱) نشان دادند که در مان مبتنی بر ذهنی سازی منجر به کاهش دل بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شده است. همچنین بشرپور و عینی (۲۵) گزارش کردند که درمان مبتنی بر ذهنی سازی منجر به کاهش بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می شود. از طرفی پیچیاتا و همکاران (۲۷) نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی سازی منجر به بهبود مهارت های هیجانی نوجوانان بیمار می شود. علاوه بر این یافته حاضر با نتایج پژوهش یورگنسن و همکاران (۳۳) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بهبود پردازش هیجانی و کاهش نشخوار فکری نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هم سو بود. این در حالی بود که تحقیق ناهم سویی مبنی بر عدم اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مولفه های روانی، شناختی، رفتاری و اجتماعی افراد یافت نشد. در تبیین احتمالی یافته حاضر مبنی بر اثر درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات بین فردی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می توان گفت درمان مبتنی بر ذهنی سازی یک موضع ندانستن ارائه می دهد که پایه ای برای کاوش دیدگاه فرد است؛ یعنی با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ حاکی از آن است که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی) در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با ابتدای پژوهش (مرحله پیش آزمون) تفاوت دارد. بدان معنا که مداخله به کار گرفته شده در این پژوهش (درمان مبتنی بر ذهنی سازی) میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی) را در دو مرحله پس از مداخله (پس آزمون و پیگیری) نسبت به مرحله پیش آزمون ارتقا معنادار داده است. اما این تغییرات در مقایسه مراحل پس آزمون با پیگیری وجود ندارد. چرا که اثر مداخله توانسته ماندگار باشد.

**بحث و نتیجه گیری**

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار داشته و توانسته مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را کاهش دهد. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات بین

موثر است. یافته حاضر با نتایج پژوهش‌های پیشین همسویی داشت. چنانکه کریمی و همکاران (۲۳) نشان دادند که الگوی مبتنی بر ذهن‌سازی بر کیفیت روابط خانواده و رفتار آسیب به خود در نوجوانان دختر اثر دارد. همچنین محمدی و همکاران (۲۴) دریافتند که درمان مبتنی بر ذهن‌سازی بر میزان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی اثربخش است. حاج محمدحسینی، میرزاحسینی و ضرغام حاجبی (۲۲) نیز گزارش کردند که درمان مبتنی بر ذهن‌سازی منجر به کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی می‌شود. از طرفی لوانتر، واترز و هابسون (۲۸) هم نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهن‌سازی (از طرف والدین) بر کاهش مشکلات رفتاری و نگرانی فرزندان اثر دارد. علاوه بر این نتایج پژوهش حاضر با کاوش استنمایر و همکاران (۲۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌سازی بر بهبود عملکرد ذهن‌خوانی افراد؛ و با گزارش مالبرگ (۳۰) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌سازی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان و کاهش نگرانی والدین دارای کودکان مبتلا به اتیسم همسو بود. این در حالی بود که تحقیق ناهمسویی مبنی بر عدم اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌سازی بر مولفه‌های روانی، شناختی، رفتاری و اجتماعی افراد یافت نشد.

در تبیین احتمالی یافته حاضر مبنی بر اثر درمان مبتنی بر ذهن‌سازی بر ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به دلیل مشکلات روانی، ارتباطی و اجتماعی حاصل از این اختلال و برجسب اجتماعی حاصل از آن، نوعی آزرندگی روانی و بدکارکردی هیجانی و عاطفی تجربه می‌کنند که مانع از پردازش عاطفی، هیجانی و رفتاری سازنده می‌شود (۳۳). بنابراین درمان مبتنی بر ذهن‌سازی با به کار بردن نشانه‌های ذهن‌خواهی و همچنین فعالیت ذهن‌آگاهانه باعث افزایش پردازش عاطفی و هیجانی کارآمد در این افراد می‌شود. شکل‌گیری چنین روندی از طریق درمان مبتنی بر ذهن‌سازی در طی درمان به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اجازه می‌دهد تا مسائل و مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی خود را بهتر درک کرده و ذهن خود را برای فهمیدن احساس‌های آزار دهنده‌ای که منجر به بروز

بیمار و در مانگر تجربه بیمار در این مورد که او تنها نیست، افزایش می‌یابد و نشان می‌دهد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویا بودن مفید باشد (۳۴). بنابراین درمان مبتنی بر ذهن‌سازی می‌تواند باعث کاهش بیگانگی در فرد شود. تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان، زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بتوانند تعامل بین فردی سازگارانه‌تر و بیشتری را با اعضای خانواده و دوستان خود برقرار نموده و بر این اساس آشفتگی‌های شناختی و روانی کمتری را نیز از خود نشان داده و از این طریق، میزان مشکلات بین فردی آنان نیز کاهش یابد. علاوه بر این باید اشاره نمود که درمان مبتنی بر ذهن‌سازی سبب می‌شود تا افراد آموزش دیده به ذهنیت‌سازی موفق در جهت درگیر شدن ذهن در موقعیت‌های چالش‌انگیز دست یابند (۲۹). بر اساس چنین توانایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌آموزند که از موقعیت‌های چالش‌برانگیز فرار نکرده و با بهره‌گیری از تاب‌آوری و تحمل روانی با این شرایط مواجه شوند. افزایش توان درونی و قدرت مقابله‌ای در این افراد نیز با ادراک بالاتر مهارت درون و بین فردی همراه است که زمینه را برای کاهش مشکلات بین فردی فراهم می‌سازد. در تبیین دیگر می‌بایست به نقش درمان مبتنی بر ذهن‌سازی در تقویت حمایت خانوادگی و بین فردی و ایجاد نزدیکی عاطفی اشاره نمود. چرا که این درمان قادر است با افزایش توان ذهنیت‌سازی، نزدیکی عاطفی و هیجانی افراد خانواده را فراهم نموده و سبب شود تا کیفیت ارتباط آنان نیز با هم افزایش یابد. نتیجه چنین روندی باعث می‌شود تا افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر احساس قرابت هیجانی بیشتری با اعضای خانواده خود ادراک نموده و بتوانند پردازش‌های هیجانی خود را با آنان به اشتراک گذارند. بروز و ابرازگری هیجانی نیز به شکل طبیعی منجر به شکل‌گیری حلقه حمایتی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شده و از این طریق می‌توان درگیری فکری کمتری و در نتیجه مشکلات بین فردی کاهش یافته‌تری را در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مشاهده نمود.

یافته دوم پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن‌سازی بر کاهش ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در شهرها و مناطق و جوامع با فرهنگ‌های مختلف، سایر اختلالات روان‌شناختی مانند اختلال وسواس فکری و عملی، اختلال پانیک و اختلال اضطراب اجتماعی و مهار عوامل ذکر شده اجرا گردد. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، پیشنهاد می‌شود در سطح عملی درمان مبتنی بر ذهنی سازی با تهیه برشور و کتابچه‌های علمی و عملی قابل اجرا به درمانگران، روان‌شناسان بالینی و مشاوران تخصصی مراکز درمانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ارائه شود تا با استفاده از محتوای این مداخله در جهت کاهش مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اقدامات موثری صورت پذیرد.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند بود. بدین وسیله از تمام افراد حاضر در پژوهش، خانواده آنان و مسئولین مراکز مشاوره ویان و نیوند سعادت آباد تهران که در پژوهش حاضر همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

### حمایت مالی

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

### تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

اختلال اضطراب فراگیر می‌شود، بگشاید. این روند باعث می‌شود تا احساسات آزار دهنده حاصل از این اختلال، دیگر به شکل گذشته افراد مبتلا را نیاززده و به این ترتیب یکی از پایه‌های ایجاد نگرانی در این افراد کاهش یافته و ناگویی هیجانی آنان نیز کم شود. از سوی دیگر درمان مبتنی بر ذهنی سازی در خلال جلسات خود (به خصوص جلسه دوم)، انعطاف‌پذیری روانی و عاطفی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را افزایش می‌دهد. افزایش انعطاف‌پذیری روانی و رفتاری سبب می‌شود تا افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در دام عواطف و شناخت‌های منفی نیفتاده و به هنگام بروز چنین عواطفی بتوانند عملکرد هیجانی، شناختی، عاطفی و رفتاری سنجیده‌ای را از خود نشان داده و در نتیجه از میزان بروز ناگویی هیجانی آنان کاسته شود. در تبیینی دیگر باید به شرح جلسه سوم درمان مبتنی بر ذهنی سازی اشاره کرد. در این جلسه به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر آموزش داده شد تا به شکل سازگارانه‌ای هیجان‌ها و شناخت‌های کنترل‌ناپذیر خود را مدیریت نمایند. این روند باعث می‌شود تا این افراد قادر شوند هیجان‌ها، عواطف و شناخت‌های منفی خود را که منجر به بروز ناگویی هیجانی می‌شود را مدیریت نموده و از تداخل این شناخت‌ها و عواطف در عملکرد خود پیشگیری نمایند. این روند باعث می‌شود تا به محض بروز عاطفه و شناخت منفی، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر رفتارها و شناخت‌های درونی و برونی ناسازگارانه‌ای را از خود به نمایش نگذاشته و در نتیجه از میزان ناگویی هیجانی آنان کاسته شود.

دامنه محدود پژوهش به افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه یک شهر تهران، عدم کنترل متغیرهای محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از

### Reference

1. Rubel J, Vãth T, Hanraths S, Pruessner L, Timm C, Hartmann S, Barnow S, Lalk C. Evaluation of an online-based self-help program for patients with generalized anxiety disorder - A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 2024; 35: 1007-1010.

2. Probst GH, Wolf M, Vîslă A, Flückiger C. How resilient are former CBT patients with generalized anxiety disorder in times of COVID-19? A follow-up study considering post-treatment depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders Reports*, 2024; 15: 1007-1011.
3. Xiao H, Shen Y, Zhang W, Lin R. Applicability of the cognitive model of generalized anxiety disorder to adolescents' sleep quality: A cross-sectional and longitudinal analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2023; 23(4): 1004-1008.
4. Ozisik GG, Kiraz S. Evaluation of retinal thickness measured by optical coherence tomography in patients with generalized anxiety disorder. *Photodiagnosis and Photodynamic Therapy*, 2023; 44: 1037-1041.
5. Ghaderi F, Akrami N, Namdari K, Abedi A. Comparing the Effects of Integrated Cognitive-Behavioral Therapy and Transdiagnostic Treatment on Symptoms of Patients with Generalized Anxiety Disorder Comorbid with Depression. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2022; 27(4): 440-457. (In Persian)
6. Shin KE, Newman MG. Self- and other-perceptions of interpersonal problems: Effects of generalized anxiety, social anxiety, and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 2019; 65: 1-10.
7. Shafiei M, Rezaei F, Sadeghi M. The Mediating Role of Complex Interpersonal Problems and Contrast Avoidance of Worry in Correlation between Neuroticism and the symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2020; 12(1): 13-23. (In Persian)
8. Li X, Zhu Y, Shi X. Interpersonal sensitivity as a mediator linking interpersonal stressors and social anxiety: Longitudinal mediation analysis using parallel process latent growth curve modeling. *Journal of Affective Disorders*, 2024; 351: 172-178. (In Persian)
9. Comparing Effectiveness of group interpersonal psychodynamic psychotherapy and group emotion focused therapy on girls' adolescent generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 2019; 17(1): 65-74. (In Persian)
10. Guo Y, Chen H, You X, Liu X, Sun X, Jin Y. Relationship between parenting style and internet addiction: Interpersonal relationship problem as a mediator and gender as a moderator. *Heliyon*, 2024; 10(2): 239-244.
11. Tricoli C, Croy I, Sailer U. Depression predicts interpersonal problems partially through the attitude towards social touch. *Journal of Affective Disorders*, 2019; 246: 234-240.
12. Porcelli SE, Koch MK, Mendle J. Impulsivity and adolescent relationships: Negative urgency predicts interpersonal problems in youth. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2023; 88: 1015-1019.
13. Rouzbahani F, Souzani Kashani N, Eftekhari N. Interpersonal Psychotherapy on Anxiety and Alexithymia in Women with Generalized Anxiety. *MEJDS*, 2018; 8(1): 96-96. (In Persian)
14. Besharat M, Hafezi E, Ranjbar Shirazi F, Ranjbari T. (2018). Alexithymia and defense mechanisms in patients with depression, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorders and normal individuals: A comparative study. *Journal of Psychological Science*, 17(66), 176-199. (In Persian)
15. Kenangil G, Demir M, Tur E, Domac F. Alexithymia, depression, and cognition in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 2021; 79(1): 17-21.
16. Obeid S, Haddad C, Fares K, Malaeb D, Sacre H, Akel M, Salameh P, Hallit S. Correlates of emotional intelligence among Lebanese adults: the role of depression, anxiety, suicidal ideation, alcohol use disorder, alexithymia and work fatigue. *BMC Psychology*, 2021; 9(18): 177-182.
17. Chalah MA, Ayache SS. Alexithymia in multiple sclerosis: A systematic review of literature. *Neuropsychologia*, 2017; 104: 31-47.
18. Lyvers M, Mayer K, Needham K, Thorberg FA. Parental bonding, adult attachment, and theory of mind: A developmental model of alexithymia and alcohol-related risk. *Journal of Clinical Psychology*, 2019; 75(7): 1288-1304.
19. Davyod DM. Alexithymia as a health risk and resilience factor. *Journal of Psychosomatic Research*, 2017; 101: 66-67.

20. Goenka A, Yu SG, Chikkannaiah M, George MC, MacDonald S, Stolfi A, Kumar G. Generalized Anxiety Disorder: A Predictor for Poor Responsiveness to Botulinum Toxin Type A Therapy for Pediatric Migraine. *Pediatric Neurology*, 130: 21-27.
21. Tahmasebiashtiani E, Vatankhah Amjad F, karimgholipour N, Soleimani H. The effectiveness of mentalization-based therapy on insecure attachment, fear of intimacy and suicidal ideation in people with major depressive disorder. *IJPN*, 2022; 10(2): 85-97. (In Persian)
22. Haj Mohamad Hoseini T, Mirzahoseini H, Zargham Hajebi M. Comparison of the effectiveness of Mentalization-based therapy and affect phobia therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder and depression. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 2021; 9(61): 58-65. (In Persian)
23. 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. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 2020; 27(2): 93-105. (In Persian)
24. Mohammadi I, Tajeri B, Sodager S, Bahrami Heidaji M, Atadokht A. The Effect of Mentalization-Based Therapy on the Amount of Health Promoting Behaviors in People with Coronary Heart Disease. *Shefaye Khatam*, 2020; 8(3): 39-48. (In Persian)
25. Basharpour S, Einy S. The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Emotional Dysregulation and Impulsivity in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Shefaye Khatam*, 2020; 8(3): 10-19. (In Persian)
26. Smits ML, Feenstra DJ, Blankers M, Kamphuis JH, Bales DL, Dekker JJM, Verheul R, Busschbach JJV, Luyten P. Impact of clinical severity on treatment response in a randomized controlled trial comparing day hospital and intensive outpatient mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 2024; 18(1): 1932-1937.
27. Pischiutta L, Garzitto M, Zamparutti G, Moratti E, Albert U, Colizzi M, Balestrieri M. Mentalization in young patients undergoing opioid agonist treatment: Implications for clinical management. *Addictive Behaviors Reports*, 2023; 17: 1004-1009.
28. Lavender SR, Waters CS, Hobson CW. The efficacy of group delivered mentalization-based parenting interventions: A systematic review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2023; 28(2): 1171-1175.
29. Steinmair D, Horn R, Richter F, Wong G, Löffler-Stastka H. Mind reading improvements in mentalization-based therapy training. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 2021; 85(1): 128-133.
30. Malberg NT. Working with Autistic Children and their Families from a Mentalization Based Therapy for Children (MBT-C) Approach. *Psychoanalytic Perspectives*, 2021; 18(1): 22-42.
31. Polnay A, McIntosh LG, Burnett A, Williams A, Cahill C, Wilkinson P, Mohammad F, Patrick J. Examining the factor structure, reliability, and validity of the main outcome measure used in mentalization-based therapy skills training. *Health Science Reports*, 2021; 4(1): 245-254.
32. Simonsen S, Popolo R, Juul S, Frandsen FW, Sørensen P, Dimaggio G. Treating Avoidant Personality Disorder With Combined Individual Metacognitive Interpersonal Therapy and Group Mentalization-Based Treatment: A Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2021; 26: 213-219.
33. Jørgensen MS, Storebø OJ, Bo S, Poulsen S, Gondan M, Beck E, Chanen AM, Bateman A, Pedersen J, Simonsen E. Mentalization-based treatment in groups for adolescents with Borderline Personality Disorder: 3- and 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *European Children and Adolescent Psychiatry*, 2021; 30: 699-710.
34. Batman P, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for personality disorders*. 1 st ed. United Kingdom: Oxford University Press. 2016.
35. Lieberman MD. Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annul Review Psychology*, 2017; 58: 259-289.

36. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 2006; 166(10): 1092-1097.
37. Naeinian MR, Shaeiri MR, Sharif M, Hadian M. To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Journal of Clinical Psychology and Personality*, 2011; 3(4): 41-50. (In Persian)
38. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The Twenty-Item Toronto Alexithymia scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 1994; 38: 23-32.
39. Zakeri MM, Hasani J, Esmaili N. Effectiveness of Processing Emotion Regulation Strategies Training (PERST) in Alexithymia of Patient with Psoriasis. *Journal of Clinical Psychology*, 2017; 9(2): 97-111. (In Persian)
40. Shahgholian M, Moradi A, Kafee M. Relationship of Alexithymia with Emotional Expression Styles and General Health among University Students . *IJPCP*, 2007; 13(3): 238-248. (In Persian)
41. Barkhan M, Hardy Ge, Startup M. The II-32: A short version of the inventory of interpersonal problem. *British Journal of clinical psychology*, 1996; 35(1): 21-35.
42. Fath N, Azad Fallah P, Rasool-zadeh Tabatabaei SR, Rahimi C. Validity and Reliability of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32). *Journal of Clinical Psychology*, 2013; 5(3): 69-80. (In Persian)
43. Bleiberg E. Mentalizing-Based Treatment with Adolescents and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 2013; 22: 295–330.

## Original Article

# The Effectiveness of Treatment Based on Mentalization on Interpersonal problems and Alexitimia of People with Generalized Anxiety Disorder

Received: 07/06/2024 - Accepted: 26/01/2025

Elham Farahani<sup>1</sup>  
Seyyed Abdolmajid Bahrainian<sup>2\*</sup>  
Marym Nasri<sup>3</sup>  
Fatemeh Shahabizadeh<sup>4</sup>

<sup>1</sup> PhD student in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

<sup>2</sup> Full Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

<sup>4</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Email:  
majid.bahrainian@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** Generalized anxiety disorder is a disorder in which a person constantly worries about and fears future events, leading to chronic and morbid worry about events. According to this the present study was conducted to investigate the effectiveness of treatment based on mentalization on interpersonal problems and alexitimia of people with generalized anxiety disorder.

**Methods:** The current study was a semi-experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population included people with generalized anxiety disorder who referred to the counseling centers of district one of Tehran in the Fall quarter of 2023. In this research, 34 people with generalized anxiety disorder were selected by purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups (17 people in the experimental group and 17 people in the control group). The people in the experimental group received treatment based on mentalization during eight weeks in eight 90-minute sessions. General Anxiety Disorder Questionnaire (GADQ), Interpersonal Problems Questionnaire (IPQ) and Alexitimia Questionnaire (AQ) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software.

**Results:** The results showed that treatment based on mentalization has significant effect on the interpersonal problems ( $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.65$ ,  $F = 59.57$ ) and alexitimia ( $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.60$ ,  $F = 48.51$ ) of people with generalized anxiety disorder.

**Conclusion:** According to the findings of the present study, treatment based on mentalization can be used as an efficient method to decrease interpersonal problems and alexitimia of people with generalized anxiety disorder through employing techniques such as focusing on the teaching normal skills and attitudes, strengthening flexibility and dealing with stress, increasing communication capacity, being receptive to others' points of view, and creating a successful mindset.

**Keywords:** Alexitimia, Generalized Anxiety Disorder, Interpersonal Problems, Treatment Based on Mentalization

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest