



Research paper

The Effectiveness of Treatment Based on Mentalization on Psychological Distress and Alexitimia in Adolescent Girls with Obsessive-Compulsive Disorder

Alireza Mohammadi Kamsorakh ¹; Nemat Sotoudeh Asl ^{*2}; Dariush Mehrafzon ³

Abstract

The present study was conducted to investigate the effectiveness of treatment based on mentalization on psychological distress and alexitimia in adolescent girls with obsessive-compulsive disorder. 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 of the research was made up of adolescent girls suffering from obsessive-compulsive disorder who referred to counseling centers in East Tehran in the summer of 2023. In this research, 36 adolescent girls with obsessive-compulsive disorder were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups. Participants in the experimental group received the treatment based on mentalization in eight 90-minute sessions, weekly. Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire, Psychological Distress Questionnaire and Alexitimia Questionnaire were used in the present study. The data were analyzed through analysis of variance with repeated measures design. The results showed that treatment based on mentalization had significant effect on the psychological distress and alexitimia in the adolescent girls with obsessive-compulsive disorder. Therefore, It can be concluded that the treatment based on mentalization can be used as an efficient method to reduce the psychological distress and alexitimia of adolescent girls with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Alexitimia, obsession, distress, mentalization

¹ Ph.D. student, Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.

² Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran Sotodeh2@semums.ac.ir

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی

علیرضا محمدی کمرسخ^۱، نعمت ستوده اصل^{۲*}، داریوش مهرافزون^۳

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی انجام شد. پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و یک پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش، نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شرق تهران در تابستان ۱۴۰۲ بودند. در این پژوهش تعداد ۳۶ نوجوان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایدهی شدند. شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه وسواسی- جبری مادزلی، پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی و پرسشنامه ناگویی هیجانی استفاده شد. داده‌های با تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی تأثیر معنادار دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد در کاهش پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: پریشانی، ذهنی‌سازی، ناگویی هیجانی، وسواس.

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. Sotodeh2@semums.ac.ir

^۳ استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی^۱ با وجود وسواس‌های فکری و یا عملی مشخص می‌گردد. وسواس‌های فکری، افکار، امیال یا تصورات عودکننده‌ای هستند که به طور مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند (هرمیدا- باروس^۲ و همکاران، ۲۰۲۴)، درحالی که وسواس‌های عملی، رفتارها یا اعمال ذهنی مکرری هستند که فرد احساس می‌کند، در پاسخ به وسواس فکری یا بر طبق مقرراتی که باید قاطعانه اجرا شود، وادار به انجام آن‌ها می‌گردد (فرا^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). محتوای افکار وسواسی بیشتر شامل موضوع‌های آزاردهنده، متناقض یا حتی بی‌معنی در مورد کثیفی، آلودگی، شک و تردید، اعمال غیرقابل قبول جنسی، نظم و ترتیب و دقت است (لانچنر^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). علائم اختلال وسواس فکری- عملی در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ شامل رفتارهای تکراری مانند شستن دست و رعایت کردن، نظم، تقارن و ترتیب، واری کردن و فعالیت‌های ذهنی مثل دعا کردن و جلوگیری از بعضی از افکار در راستای کاهش اضطراب است (هرمیدا- باروس و همکاران، ۲۰۲۴). اختلال وسواس فکری- عملی با ایجاد درآمیختگی فکر و عمل و عدم تحمل ابهام سبب می‌شود تا افراد مبتلا قدرت تحمل پریشانی خود را از دست داده (باراحمدی و همکاران، ۱۳۹۹) و به مرور دچار پریشانی روان‌شناختی^۶ شوند. پریشانی روان‌شناختی، با نشانه‌هایی مانند خلق پایین، اضطراب، افسردگی و حالت‌های روان‌پزشکی دیگر مشخص می‌شود (عبدالزاده، آزموده و همکاران، ۱۳۹۹). بنابر یافته‌ی تسگای و آیانو^۷ (۲۰۲۴) پریشانی روان‌شناختی سطح همدلی را در افراد کاهش می‌دهد و بر این اساس، این عامل خطر شناخته شده‌ای برای دوره‌های نامطلوب بیماری‌های پزشکی است. از آنجا که پریشانی روان‌شناختی قابل درمان است (اصلی‌آزاد و همکاران، ۱۴۰۰؛ فانگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۴)، شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در برابر آن به منظور پیشگیری مهم است (گیگیا و همکاران، ۲۰۲۲).

نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی ناتوانی عمده‌ای در کارکردهای مربوط به مدیریت هیجانی دارند، به طوری که در درک و مهار هیجان‌ها و احساس‌های خود با مشکلات اساسی و عدیده‌ای روبرو هستند که این فرایند ممکن است این افراد را در ابرازگری هیجانی، مدیریت و بیان هیجان‌ات دچار مشکل سازد و آنها را در مسیر ابتلا به ناگویی هیجانی^۹ قرار دهد (یوسفی و منیرپور، ۱۴۰۰). 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 (کنانگیل^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱).

1. Obsessive-compulsive disorder
2. Hermida-Barros
3. Ferra
4. Lochner
5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)
6. Psychological distress
7. Tsegay, Ayano
8. Fang
9. Alexitimia
10. Kenangil

تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی به کار گرفته نشده است. یکی از روش‌های درمانی جدید که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی^۱ است (سیمونسن^۲ و همکاران، ۲۰۲۲) کارآیی آن در پژوهش قنبری و همکاران (۱۴۰۱)؛ عالی‌ساری نصیرلو (۱۴۰۲)؛ پیچیاتا^۳ و همکاران (۲۰۲۳)؛ ویلیامز^۴ و همکاران (۲۰۲۳) و هاسچیلد^۵ و همکاران (۲۰۲۳) تایید شده است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به عنوان شاخه‌ای از روان‌درمانی روان‌پوشی به شمار می‌رود (کریمی و همکاران، ۱۳۹۹). این درمان دو مفهوم اصلی و بنیادی را در خود جای داده است. نخست نظریهٔ دلبستگی بالبی و دوم ذهنی‌سازی (سیمونسن و همکاران، ۲۰۲۲؛ به نقل از شمس و همکاران، ۱۴۰۱). ظرفیت ذهنی‌سازی که به عنوان یک کارکرد بازتابی از آن نام برده می‌شود، را می‌توان در قالب مهارت ادراک حالات ذهنی خود و دیگران مفهوم‌پردازی نمود مالبرگ^۶ (۲۰۲۱). این فرایند از طریق شکل‌گیری روابط بین‌فردی در زمان کودکی به خصوص در چرخه تحول دلبستگی به دست می‌آید (پولنای^۷ و همکاران، ۲۰۲۱)؛ و به عنوان زیربنای رفتارهای آشکار از آن نام برده می‌شود (سیمونسن و همکاران، ۲۰۲۲). هدف این درمان شکل‌دهی ظرفیت ذهنی‌سازی از مسیر رابطه‌های درمانی و گسترش ظرفیت درمان‌جو برای بازشناسی افکار، احساس‌ها و هیجان‌هایی است که تجربه می‌کند (یورگنسن^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). در خصوص ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت اختلال وسواس فکری و عملی مانع بروز توانایی افراد مبتلا به انجام فعالیت‌های روزمره همچون ارتباطات اجتماعی، روابط خانوادگی و عملکرد شغلی مناسب می‌گردد (فرا و همکاران، ۲۰۲۴). افزون بر این، نتایج پژوهش‌های مختلف بیانگر آن هستند که اختلال وسواس فکری و عملی می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی دیگر در افراد مبتلا شود (ریکولم-مارین و همکاران، ۲۰۲۲). بدین صورت که اختلال وسواس فکری عملی مانع توانایی کودکان و نوجوانان در بازی کردن، اجتماعی شدن، شرکت در مدرسه و عملکرد فعال در خانواده می‌شود (اشنایدر و پترسون^۹، ۲۰۲۴). اختلال در عملکرد تحصیلی نوجوانان می‌تواند با مشکل در تمرکز، نداشتن وقت کافی برای تحصیل بدلیل درگیر شدن با تشریفات و شکست یا ناکامی در بازگشت به کارها و تکالیف مدرسه در ارتباط باشد. این روند ضرورت اجرای مداخله و درمان مناسب برای این گروه از نوجوانان را روشن می‌نماید.

کودکان و نوجوانان دارای اختلال وسواس فکری عملی که درمان بهنگام را دریافت نمی‌کنند، در معرض بدتر شدن وسواس‌های فکری و عملی و خطر دیگر مشکلات روان‌شناختی در بزرگسالی هستند. بنابراین با توجه به موضوعات و تحقیقات بیان‌شده در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در راستای کاستن مشکلات رفتاری و روانی افراد و از سوی دیگر، با توجه به خلأ پژوهشی موجود به علت در دسترس نبودن تحقیقات مشابه، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

1. Treatment Based on Mentalization
2. Simonsen
3. Pischutta
4. Williams
5. Hauschild
6. Malberg
7. Polnay
8. Jørgensen
9. Schneider, Petersen

۴۴..... اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر...

بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی است. بر این اساس فرضیه‌های پژوهش حاضر بدین صورت بود:

- درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مؤثر است.

- درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مؤثر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شرق تهران در فصل تابستان ۱۴۰۲ تشکیل دادند. تعداد این افراد ۷۳ نفر بودند. از جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۰ نفر از نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی انتخاب شدند. بدین صورت که با مراجعه به مراکز مشاوره ذهن‌آرا، آسنا، کاغذ سپید، کیمیا و بازرگان، نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مراجعه کننده به این مراکز مشاوره مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس این افراد به وسیله پرسشنامه وسواسی- جبری مادزلی^۱ مورد غربالگری قرار گرفتند. بدین صورت که افرادی می‌توانستند وارد پژوهش شود که نمره بالاتر از ۱۱ (نمره برش پرسشنامه) در پرسشنامه وسواسی- جبری کسب کنند. سپس تعداد ۴۰ نفری که شرایط ذکر شده را دارا بوده و تشخیص ابتلا به اختلال وسواس فکری و عملی را دریافت نمودند، انتخاب (در صورت تمایل به شرکت در برنامه پژوهش) و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل). سپس دختران نوجوان حاضر در گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را به صورت گروهی در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هشت هفته که توسط پژوهشگر و یک متخصص در مرکز مشاوره ذهن آرا ارائه شد، دریافت نمودند. این در حالی بود که شرکت‌کنندگان حاضر در گروه کنترل مداخلات پژوهش حاضر را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحله پیگیری نیز پس از دو ماه اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۲ نفر در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه کنترل از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۶ شرکت‌کننده در پژوهش باقی ماندند (۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر هم در گروه کنترل). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل نمره بالاتر از ۱۱ در پرسشنامه وسواسی- جبری، داشتن سن ۱۸-۱۴ سال، رضایت نوجوان برای شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) و عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، همکاری نکردن و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، نداشتن تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش، وقوع حادثه پیش‌بینی نشده مؤثر مانند بیماری طولانی مدت و بستری شدن و پاسخ ندادن به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پس‌آزمون و پیگیری بود. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، رضایت دختران مبتلا به

اختلال وسواس فکری- عملی و والدین آنان برای شرکت در برنامه مداخله دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل مداخله اطلاع یافتند. افزون بر این، به نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی حاضر در گروه کنترل پس از تکمیل فرآیند تحقیق، مداخله را دریافت کردند. همچنین به شرکت کنندگان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی حاضر در هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد بود و نیازی به ذکر نام نیست. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج آماری با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه وسواسی- جبری مادزلی (MOCQ):^۱ پرسشنامه ۳۰ گویه‌ای وسواسی- جبری توسط هاجستن و راجمن^۲ (۱۹۷۷) ساخته شده است. این پرسشنامه به صورت صفر یا ۱ نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین صفر تا ۳۰ بوده و نمره برش ۱۱ برای تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی به کار می‌رود. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده علائم بیشتر اختلال وسواس فکری- عملی است. هاجستن و راجمن (۱۹۷۷) پایایی آزمون- بازآزمون پرسشنامه وسواسی- جبری مادزلی را ۰/۸۰ و اعتبار درونی آن ۰/۸۰ گزارش کردند. قراییلی و صابری (۱۳۹۹) نیز پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و روایی سازه (تفکیک افراد بیمار از عادی) آن را ۰/۸۷ گزارش کرد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی (PDQ):^۳ پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی توسط کسلر^۴ و همکاران (۲۰۰۲) به صورت ۱۰ گویه‌ای تنظیم شده است. پاسخ سؤالات، به صورت ۵ گزینه‌ای (صفر برای هیچ‌وقت و ۴ برای همیشه) بوده و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. کسلر و همکاران (۲۰۰۲) میزان پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و میزان روایی همزمان آن را با پرسشنامه تشخیص بیماری‌های خلقی و اضطرابی ۰/۴۹ ارزیابی کردند. یعقوبی (۱۳۹۴) ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی انجام شده تاییدکننده تک عاملی بودن پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی می‌باشد و مقدار بار عاملی ۰/۶۵ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آمد (یعقوبی، ۱۳۹۴). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

پرسشنامه ناگویی هیجانی (AQ):^۵ پرسشنامه ناگویی هیجانی توسط بگبی^۶ و همکاران (۱۹۹۴) ساخته و دارای ۲۰ گویه است. نحوه نمره‌گذاری به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) است. این

1. Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire
2. Hogson, Rachman
3. Psychological Distress Questionnaire
4. Kessler
5. Alexitimia Questionnaire
6. Bagby

۴۶..... اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر...

پرسشنامه دارای سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات^۱ (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات^۲ (۵ ماده) و تفکر معطوف به بیرون^۳ (۸ ماده) است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده ناگویی هیجانی بیشتر است. هر چه افراد نمراتشان در این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده شدت بیشتر ناگویی هیجانی است. بگبی و همکاران (۱۹۹۴) با بررسی روایی و اگرای این پرسشنامه را با پرسشنامه تنظیم هیجانی مورد بررسی قرار داده و میزان آن ۰/۵۴- به دست آمد. همچنین آنان میزان پایایی پرسشنامه را نیز با بهره بردن از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش نمودند (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴). پایایی این پرسشنامه در پژوهش صباغی و مهدی‌زادگان (۱۳۹۸) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد. همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی انجام شده تاییدکننده سه عاملی بودن این پرسشنامه بود و همچنین مقادیر بار عاملی برای سنجش عامل اصلی بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۱ به دست آمد (صباغی و مهدی‌زادگان، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از انجام فرایند نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. سپس افراد حاضر در گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) را به صورت هفته‌ای یک جلسه در طول هشت هفته دریافت نمودند. این در حالی بود که شرکت‌کنندگان حاضر در گروه کنترل مداخلات حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. جهت ایجاد انگیزه برای شرکت در پژوهش حاضر، قبل از شروع مداخله، جوانب درمانی و آموزشی مداخله توضیح داده شد. این در حالی است که تمام فرایند اجرایی مداخله نیز به شکل رایگان برای آنها ارائه شد. برنامه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مربوط به بتمن^۴ و همکاران (۲۰۱۸) است که در پژوهش عینی و نریمانی (۱۳۹۸) مورد استفاده و کارآیی آن تایید شده است. پس از ریزش ۳۶ نفر در پژوهش باقی ماندند.

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (اقتباس از عینی و نریمانی، ۱۳۹۸)

جلسات	هدف	محتوا	رفتار مورد انتظار	تکالیف
		توضیح جلسه‌ها، تعهد در درمان، طرح مسئله،		
	آشنایی با اعضای	روشن‌سازی مسئله، بررسی ظرفیت ذهنیت‌سازی	آشنایی با افراد وارائه	مشخص کردن زمینه‌های
اول	گروه، توضیح درمان	با بررسی ذهنیت خودکار، بررسی نقاط قوت	اطلاعات در مورد درمان	آسیب‌پذیر احساسی و بین
	مبتنی بر ذهنی‌سازی	ذهنیت‌سازی و آسیب‌پذیری و زمینه‌های احساسی	مبتنی بر ذهنی‌سازی	فردی
		و بین‌فردی که در آن مشکلات ظاهر می‌شوند.		

1. Difficulty identifying emotions
2. Difficulty describing feelings
3. Outward thinking
4. Bateman

آموزش مهارت‌های مربوط به ایجاد انعطاف‌پذیری	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.	کسب انعطاف‌پذیری در مراجعان	بکارگیری مهارت‌های آموخته شده در حیط ایجاد انعطاف‌پذیری
آموزش مهارت‌ها در جهت مقابله با ذهنیت خودکار	سوم	اصلاح نشانه‌های آسیب هیجانی و روانی از طریق آموزش مهارت‌های مقابله با احساس‌های آسیب‌پذیر، تمرین مدیریت سازگاران هیجان‌های کنترل‌ناپذیر.	کسب توان مدیریت هیجان‌نا سازگاران	مشخص کردن ۵ هیجان کنترل‌ناپذیر فردی و تمرین مدیریت سازگاران آن
انجام تمرین‌های ذهنیت‌سازی در محیط خانواده و جلب حمایت آنان	چهارم	همکاری و ذهنیت‌سازی شخص، خانواده و گروه، بررسی عملکرد خانوادگی، شناسایی عوامل استرس‌زا در خانواده و توانایی ذهنیت‌سازی خانواده در ارتباط با وضع عاطفی، تمرین ذهنیت‌سازی از طریق تقویت صمیمیت، اعتماد و همدلی.	جاری کردن ذهنیت‌سازی در محیط خانواده	شناسایی ۵ عامل استرس‌زا در خانواده و مدیریت آن با استفاده از صمیمیت، اعتماد و همدلی
آموزش مهارت‌های لازم جهت مقابله با آسیب‌های روانی	پنجم	مدیریت شکست ذهنیت‌سازی و انتقال متقابل، تمرین درک افکار و احساس‌های خود و خانواده و دیگران. مشارکت درمانگر در ایجاد یک دیدگاه جایگزین ناشی از رابطه درمانی.	کاهش اضطراب، استرس و افسردگی	شناخت نشانه‌های اضطراب و افسردگی و کاهش علائم آن با استفاده از تمرین درک افکار
افزایش ظرفیت روانی در جهت برقراری ارتباط به دور از تعصب	ششم	یکپارچه‌سازی دیدگاه شخص، خانواده و گروه، افزایش ظرفیت ارتباطی باز و پذیرا بودن نسبت به دیدگاه دیگران، تمایل به کشف و تمایل نداشتن به پیش‌بینی درباره آنچه دیگران فکر می‌کنند.	جهت احترام به افکار و احساس‌های خود و دیگران	تمرین احترام به افکار و احساس‌های خود و دیگران
آموزش مهارت‌های ذهنی‌سازی جهت تعادل بین جنبه‌های مختلف ذهنی	هفتم	عاطفی و بین‌فردی، 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.	بکارگیری ذهنیت‌سازی در جهت تحکیم روابط خانوادگی	تمرین نزدیکی عاطفی با اعضای خانواده و اشتراک عاطفی با آنان
برنامه‌ریزی در جهت ایجاد زندگی غنی و مؤثر	هشتم	برنامه‌ریزی برای حفظ ذهنیت‌سازی و تحریک توانبخشی و تغییر، تقویت توانایی‌های روان‌شناختی برای بهره‌گیری از ظرفیت ذهنی‌سازی، تقویت مهارت‌های تفسیری پیشرفته و اعتقاد به تغییرپذیری.	به دست آوردن توان روان‌شناختی بیشتر	بکارگیری مهارت‌های آموخته شده در زندگی روزمره

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که شرکت کنندگان در پژوهش دارای دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال بودند که در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار سن دانش‌آموزان $15/54 \pm 2/38$ و در گروه کنترل $16/12 \pm 2/26$ سال بود. میانگین و انحراف معیار پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی در جدول شماره ۲ ارائه شده است. نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی که در گروه آزمایش حضور داشته، نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی در دو گروه آزمایش و کنترل

مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		گروه‌ها	متغیرها	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
۲۶	۴/۶۱	۱۸/۴۴	۴/۱۴	گروه آزمایش	پریشانی روان‌شناختی	
۲۷/۶۶	۴/۰۵	۲۸/۴۴	۴/۲۵	گروه کنترل		
۶۴/۳۵	۷/۶۸	۵۳/۸۲	۹/۸۳	گروه آزمایش	ناگویی هیجانی	
۶۵/۶۳	۱۰/۲۲	۶۶/۸۴	۹/۶۳	گروه کنترل		
۲۲/۵۸	۳/۶۹	۱۸/۷۰	۴/۷۳	گروه آزمایش	دشواری در شناسایی	
۲۰/۵۲	۴/۵۷	۲۰/۹۴	۴/۵۰	گروه کنترل	احساسات	
۱۵/۷۶	۵/۸۸	۱۲/۷۶	۴/۵۷	گروه آزمایش	دشواری در توصیف	زیرمقیاس -
۱۷/۸۹	۵/۳۶	۱۸/۳۶	۵/۰۶	گروه کنترل	احساسات	های ناگویی
۲۶	۴/۶۰	۲۲/۳۵	۴/۸۹	گروه آزمایش	تفکر معطوف به بیرون	هیجانی
۲۷/۲۱	۵/۷۷	۲۷/۵۲	۵/۳۱	گروه کنترل		

در راستای بررسی پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون شاپیرو و ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در پریشانی روان‌شناختی ($F=0/10; P=0/20$) و ناگویی هیجانی ($F=0/14; P=0/20$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در پریشانی روان‌شناختی ($F=0/16; P=0/68$) و ناگویی هیجانی ($F=0/47; P=0/37$) رعایت شده است. این در حالی بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در پریشانی روان‌شناختی ($Mauchlys W=0/90; P=0/32$) و ناگویی هیجانی ($Mauchlys W=0/94; P=0/67$) رعایت شده است.

نتایج حاصل جدول شماره ۳ بیانگر آن بود که عامل زمان توانسته اثر معناداری بر نمرات پریشانی روان‌شناختی، ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی داشته و به ترتیب ۵۴، ۳۹، ۲۲، ۲۱ و ۲۵ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی را تبیین می‌کند. افزون بر این، عامل عضویت گروهی (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) هم بر

پیشانی روان‌شناختی، ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون شرکت کنندگان تأثیر معنادار داشته و به ترتیب ۴۶، ۳۷، ۲۵، ۲۴ و ۳۳ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج نشان داد که نوع درمان دریافتی (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر پیشانی روان‌شناختی، ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون حاضران در جلسات مداخله تأثیر معنادار داشته و به ترتیب ۶۲، ۵۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. جدول شماره ۴ نشان‌دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با بهره‌گیری از آزمون تعقیبی بونفرنی است.

جدول شماره ۳. تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیرات درون و بین گروهی

متغیر	مجموع	درجه	میانگین	مقدار f	مقدار p	اندازه	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات			اثر	آزمون
زمان	۲۴۹/۳۹	۲	۱۲۴/۶۹	۳۹/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
پیشانی	۱۲۳۳/۵۶	۱	۱۲۳۳/۵۶	۲۸/۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱
روان‌شناختی	۳۵۸/۷۹	۲	۱۷۹/۳۹	۵۷/۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
خطا	۲۱۳/۱۴	۶۸	۳/۱۳				
زمان	۲۸۲/۰۲	۲	۱۴۱	۲۲/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱
عضویت گروهی	۱۲۹۵/۱۴	۱	۱۲۹۵/۱۴	۲۰/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱
ناگویی هیجانی	۴۷۵/۴۶	۲	۲۳۷/۷۳	۳۷/۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
خطا	۴۳۳/۱۸	۶۸	۶/۳۷				
دشواری در	۶۱/۰۹	۲	۳۰/۵۴	۹/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۲۲	۰/۹۸
شناسایی	۸۶/۷۳	۱	۸۶/۷۳	۱۴/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۵	۱
احساسات	۱۰۵/۸۳	۲	۵۲/۹۱	۱۶/۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱
خطا	۲۲۰/۱۱	۶۸	۳/۲۳				
دشواری در	۳۲/۹۶	۲	۱۸/۴۸	۸/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۸
توصیف	۴۹۹/۶۷	۱	۴۹۹/۶۷	۱۳/۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۴	۱
احساسات	۶۴/۶۳	۲	۳۲/۳۱	۱۷/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱
خطا	۱۲۵/۹۰	۶۸	۱/۸۵				
تفکر معطوف به	۵۵/۰۴	۲	۲۷/۵۲	۱۱/۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۵	۱
بیرون	۳۹۲/۸۶	۱	۳۹۲/۸۶	۱۶/۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱
خطا	۹۱/۷۱	۲	۴۵/۸۵	۱۸/۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱
	۱۶۷/۸۹	۶۸	۲/۴۷				

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرنی در جدول شماره ۴ حاکی از آن است که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (پیشانی روان‌شناختی، ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با ابتدای پژوهش (مرحله پیش‌آزمون) تفاوت دارد. بدان معنا که مداخله به کار گرفته

۵۰..... اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر...

شده در این پژوهش (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (پریشانی روان‌شناختی، ناگویی هیجانی، دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون) را در دو مرحله پس از مداخله (پس‌آزمون و پیگیری) نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش معنادار داده است. اما این تغییرات در مقایسه مراحل پس‌آزمون با پیگیری وجود ندارد. چرا که اثر مداخله توانسته ماندگار باشد.

جدول شماره ۴: تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله مینا (میانگین)	مراحل مقایسه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
پریشانی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۳۹	۰/۵۴	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۳/۰۲	۰/۴۳	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۳/۳۹	۰/۵۴	<۰/۰۰۱
	ناگویی هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۷۵	۰/۷۶
پس‌آزمون		پیگیری	۲/۹۷	۰/۶۳	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۳/۷۵	۰/۷۶	<۰/۰۰۱
دشواری در شناسایی احساسات		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۷۳	۰/۵۵
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۴۲	۰/۴۵	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱/۷۳	۰/۵۵	<۰/۰۰۱
	دشواری در توصیف احساسات	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۲۶	۰/۳۹
پس‌آزمون		پیگیری	۱/۰۵	۰/۳۵	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱/۲۶	۰/۳۹	<۰/۰۰۱
تفکر معطوف به بیرون		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۷۵	۰/۷۶
	پس‌آزمون	پیگیری	۲/۹۷	۰/۶۳	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۳/۷۵	۰/۷۶	<۰/۰۰۱
		پیگیری	-۰/۷۷	۰/۲۸	۰/۱۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی،

ناگویی هیجانی و زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی تأثیر معنادار داشت. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی با نتایج پژوهش‌های ویلیامز و همکاران (۲۰۲۳) و مالبرگ (۲۰۲۱) همسو بود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی می‌توان گفت که نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی با کیفیت پایین زندگی، احتمالاً سطوح بالای اختلال عملکرد اجتماعی و اقدامات مرتبط با خودکشی ارتباط داشته (فرا و همکاران، ۲۰۲۴) و با ایجاد درآمیختگی فکر و عمل و عدم تحمل ابهام سبب می‌شود تا افراد مبتلا، قدرت تحمل پریشانی خود را از دست داده (یاراحمدی و همکاران، ۱۳۹۹) و به مرور دچار پریشانی روان‌شناختی شوند که این روند با شکل‌دهی بدکارکردی هیجانی و عاطفی مانع از پردازش عاطفی، هیجانی و رفتاری سازنده می‌شود. بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی 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 ذهنی‌سازی در طی درمان به نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی اجازه می‌دهد تا مسائل و مشکلات عاطفی و رفتاری خود را بهتر درک کرده و ذهن خود را برای فهمیدن احساس‌های آزردهنده‌ای که منجر به بروز مشکلات هیجانی و روان‌شناختی می‌شود، بگشاید. چنین آگاهی نیز باعث می‌شود تا از میزان پریشانی روان‌شناختی آنان کاسته شود. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در خلال جلسات خود (به خصوص جلسه دوم)، انعطاف‌پذیری روانی، عاطفی و روانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی را افزایش می‌دهد. افزایش انعطاف‌پذیری روانی و هیجانی سبب می‌شود تا نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در دام عواطف منفی نیفتاده و به هنگام بروز چنین عواطفی بتوانند عملکرد هیجانی، عاطفی و رفتاری سنجیده‌ای را از خود نشان داده و در نتیجه از میزان بروز پریشانی روان‌شناختی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی کاسته شود. در تبیینی دیگر باید به شرح جلسه سوم درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اشاره کرد. در این جلسه به نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی آموزش داده شد تا به شکل سازگارانه‌ای هیجان‌های کنترل‌ناپذیر خود را مدیریت نمایند. این روند باعث شد تا این نوجوانان بتوانند هیجان‌ها و عواطف منفی خود را که منجر به بروز مشکلات روان‌شناختی می‌شود را مدیریت نموده و از تداخل این عواطف در عملکرد خود پیشگیری نمایند. این روند باعث می‌شود تا به محض بروز عاطفه منفی، این نوجوانان پردازش‌های شناختی و روان‌شناختی ناسازگارانه‌ای را از خود به نمایش نگذاشته و در نتیجه از میزان پریشانی روان‌شناختی آنان کاسته شود. در تبیینی تکمیلی باید گفت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی دو مفهوم اصلی و بنیادی را با خود همراه دارد. چنانکه این درمان از نظریه دلبستگی و دوم ذهنی‌سازی بهره می‌برد (سیمونسن و همکاران، ۲۰۲۲). ظرفیت ذهنی‌سازی مطرح شده می‌تواند سبب شود تا نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مهارت ادراک حالات ذهنی خود و دیگران را کسب کرده و با شکل‌دهی روابط بین‌فردی، زمینه را برای جلب حمایت اجتماعی و آرامش روانی بیشتر مهیا ساخته و از این طریق پریشانی روان‌شناختی کمتری را تجربه نمایند.

۵۲..... اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر...

یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، با نتایج پژوهش قنبری و همکاران (۱۴۰۱) و پیچیاتا و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین احتمالی یافته دوم، می‌توان بیان کرد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی یک موضع ندانستن را به درمانجویان ارائه می‌دهد که پایه‌ای برای کاوش دیدگاه فرد است؛ یعنی با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین بیمار و درمانگر 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 افکار ذهنی و هیجانی آنان مفید باشد (باتمن و فوناکی، ۲۰۱۶). بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند با ایجاد اشتراک شناختی و هیجانی باعث کاهش بیگانگی در فرد شود که این روند ابرازگری هیجانی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی تسهیل می‌کند. تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان، زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی بتوانند تعامل بین فردی سازگارانه‌تر و بیشتری را با اعضای خانواده و دوستان خود برقرار نموده و بر این اساس ابرازگری هیجانی بیشتری را نیز از خود نشان داده و از این طریق، میزان ناگویی هیجانی آنان نیز کاهش یابد. افزون بر این، باید اشاره نمود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی سبب می‌شود تا افراد آموزش دیده به ذهنیت‌سازی موفق در راستای درگیر شدن ذهن در موقعیت‌های چالش‌انگیز محیطی، شناختی و هیجانی دست یابند (پیچیاتا و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس چنین آموزش و ایجاد مهارت و توانایی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی آموختند که از موقعیت‌های چالش‌برانگیز محیطی، شناختی و هیجانی فرار نکرده و با بهره‌گیری از تاب‌آوری و تحمل روانی با این شرایط مواجه شوند. افزایش توان درونی و قدرت مقابله‌ای در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی که بر اثر اضطراب حاصل از اختلال وسواس فکری و عملی زائل شده، با ادراک بالاتر مهارت درون و بین فردی همراه است که زمینه را برای تبادل هیجانی فراهم می‌سازد. در تبیین دیگر می‌بایست به نقش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی 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 نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی احساس قربت 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 کاهش ناگویی هیجانی در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی می‌گردد.

در تبیین دیگر در حوزه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر زیرمقیاس‌های ناگویی هیجانی (دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون) می‌توان گفت که نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس به دلیل مشکلات روانی، هیجانی و اجتماعی حاصل از مشکلات خود و برچسب اجتماعی حاصل از آن، نوعی آزرندگی روانی و بدکارکردی هیجانی و عاطفی تجربه می‌کنند که مانع از پردازش عاطفی، هیجانی و رفتاری سازنده می‌شود (یوسفی و منیرپور، ۱۴۰۰). بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با به کار بردن نشانه‌های ذهن‌خواهی و همچنین فعالیت ذهن آگاهانه باعث افزایش پردازش عاطفی و هیجانی کارآمد در این افراد می‌شود. شکل‌گیری چنین روندی از طریق درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در طی درمان به نوجوانان مبتلا به وسواس اجازه می‌دهد تا مسائل و مشکلات عاطفی و هیجانی خود را بهتر درک کرده و

ذهن خود را برای فهمیدن احساسات و هیجانات خود کسب کرده و بتوانند آن را به شکل سازگارانه‌ای توصیف نمایند. از سوی دیگر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در خلال جلسات خود (به خصوص جلسه دوم)، انعطاف‌پذیری روانی و هیجانی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس را افزایش می‌دهد. افزایش انعطاف‌پذیری روانی و هیجانی سبب می‌شود تا این نوجوانان بتوانند عملکرد هیجانی، عاطفی و احساسی سنجیده‌ای را بر پایه تفکر، شناسایی و توصیف احساسات از خود نشان دهند.

عدم کنترل متغیرهای محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی و همکاری نکردن خانواده بعضی از نوجوانان برای شرکت فرزند خود در جلسات درمان (به دلیل نگرانی از دریافت برچسب اجتماعی) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در دیگر گروه‌های سنی، دیگر اختلالات روان‌شناختی مانند نوجوانان مبتلا به اختلال بدتنظیمی هیجانی و مهار عوامل ذکر شده اجرا گردد. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، پیشنهاد می‌شود در سطح عملی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تهیه برشور و کتابچه‌های علمی به مشاوران، کارشناسان مراکز مشاوره ارائه شود تا با استفاده از محتوای این مداخله در راستای کاهش پریشانی روان‌شناختی و کاهش ناگویی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی گام‌های عملی بردارند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان بود. بدین وسیله از تمام نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی حاضر در پژوهش، والدین آنان و مسئولان مراکز مشاوره ذهن‌آرا، آسنا، کاغد سپید، کیمیا و بازرگان شهر تهران که همکاری کاملی در اجرای پژوهش داشتند، قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

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

منابع

اصلی‌آزاد، مسلم، خاک، سعیده، فرهادی، طاهره. (۱۴۰۰). اثربخشی واقعیت‌درمانی آنلاین بر اضطراب و پریشانی روان‌شناختی بیماران بهبودیافتگان کووید-۱۹. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی*، ۲۸(۲)، ۲۰-۱.

<https://doi.org/10.2205/psy.10.2205.35651.2620>

شمس، سارا، قلیچ‌خان، ناهید، یوسفی، نفیسه، علیجانی، ساره. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های دلبستگی ناایمن در زنان دارای تجربه ترومای خیانت

زناشویی. *روان‌پرستاری*، ۱۰(۱): ۱۰۶-۱۲۱. <http://ijpn.ir/article-fa.html> ۱۹۶۱-۱۰۶

۵۴..... اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی نوجوانان دختر...

صباغی، سمیه، مهدی زادگان، ایران. (۱۳۹۹). مقایسه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی. *فصلنامه علوم روان‌شناختی*، ۱۹(۹۰)، ۷۶۵-۷۷۲.

<http://psychologicalscience.ir/article-fa.html-۳۵۵>

عالی ساری نصیرلو، کریم. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر عاطفه خودآگاه، هیجان ابراز شده و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک کم‌توانی ذهنی. رساله دوره دکتری تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد. عبدزاده، سیما، آزموده، معصومه، عبدالله پور، محمدآزاد، و لیوارجانی، شعله. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای آشفتگی روان‌شناختی در رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان منفی با گرایش به رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان. *اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۱): ۱۴۳-۱۷۰.

<http://etiadpajohi.ir/article-fa.html-۲۴۶>

قرایلی، زهرا، و صابری، هایده. (۱۳۹۹). رابطه فراشناخت و باورهای هذیانی با نشانه‌های وسواس. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۴(۵۶): ۱۷-۲۶.

<https://www.sid.ir/paper/fa۳۶۶۷۸>

قنبری، فاطمه، نظیری، قاسم، امیدوار، بنفشه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر همدلی کودکان مبتلا به اختلال کم توجهی / بیش‌فعالی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۹(۴)، ۱۲۵-۱۳۴.

<http://rjms.iums.ac.ir/article-fa.html-۷۴۳>

یاراحمدی، محبوبه، اورکی، محمود، سعادت، سیدحسین، اسحاقیان، محمد، مومنی، آریا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تحمل پریشانی و شدت وسواس فکری عملی در بیماران وسواس. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۷(۶): ۶۶-۷۹.

<http://shenakht.muk.ac.ir/article-fa.html-۹۰۵>

یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سؤالی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-۱۰). *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۴): ۴۵-۵۷.

[10.22059/japr.2016.57963](https://doi.org/10.22059/japr.2016.57963)

یوسفی، نفیسه، منیرپور، نادر. (۱۴۰۰). پیش‌بینی نشانگان وسواس بر اساس ناگویی هیجانی و باورهای غیرمنطقی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۱۲)، ۱۵۹-۱۶۸.

<http://frooyesh.ir/article-1-3102-fa.html>

Abdzadeh, S., Azemode, M., Abdullah Poor, M.A., Livarjani, S. (2021). The mediating role of psychological distress in the relations of early maladaptive schemas and negative emotion regulation to the tendency to high-risk behaviors in students. *Etiadpajohi*, 14(58), 143-170. <http://etiadpajohi.ir/article-1-2446-fa.html> (Text in Persian)

Ali Sari Nasirlu, K. (2023). *Comparing the effectiveness of treatment based on mentalization and dialectical behavior therapy on self-conscious emotion, expressed emotion and quality of life in mothers with intellectually disabled children*. Dissertation for doctorate course, Islamic Azad University, Shahrekord branch. (Text in Persian)

Asli Azad, M., Khaki, S., Farhadi, T. (2021). Efficiency of online reality therapy on anxiety and psychological distress in the covid-19 improved. *Psychological Achievements*, 28(2), 1-20. <https://doi.org/10.22055/psy.2021.35651.2620> (Text in Persian)

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)

Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 21, 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>

- Fang, M., Hu, W., Xie, Z. (2024). Relationships among self-disclosure, social support and psychological distress in caregivers of patients with advanced lung cancer: A mediating model. *European Journal of Oncology Nursing*, 72, 1026-1030. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102677>
- Ferra, I., Bragança, M., Moreira, R. (2024). Exploring the clinical features of postpartum obsessive-compulsive disorder- a systematic review. *The European Journal of Psychiatry*, 38(1), 1002-1006. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2023.100232>
- Ghanbari, F., Naziri, G., Omidvar, B. (2022). The Effectiveness of Mentalization-Based Treatment on Empathy among children with Attention Deficit- Hyperactivity Disorder. *Razi Journal of Medical Sciences*, 29(4), 125-134. <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-7436-fa.html> (Text in Persian)
- Hauschild, S., Kasper, L., Volkert, J., Sobanski, E., Taubner, S. (2023). Mentalization-based treatment for adolescents with conduct disorder: a feasibility study. *European Children and Adolescent Psychiatry*, 32, 2611–2622. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02113-4>
- Hermida-Barros, L., Primé-Tous, M., García-Delgar, B., Forcadell, E., Lera-Miguel, S., de la Cruz, L.F., Vieta, E., Radua, J., Lázaro, L., Fullana, M.A. (2024). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: an updated systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 161, 1056-1061. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105678>
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
- Jørgensen, M.S., Storebø, O.J., Bo, S., Poulsen, S., Gondan, M., Beck, E., Chanen, A.M., Bateman, A., Pedersen, J., Simonsen, E. (2021). 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*, 30, 699–710. <https://doi.org/10.3390/children10010093>
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Lochner, C., Maré, K.T., Stein, D.J. (2024). Structured clinical interview for diagnosing obsessive-compulsive spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 133, 1524-1528. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152494>
- Malberg, N.T. (2021). Working with Autistic Children and their Families from a Mentalization Based Therapy for Children (MBT-C) Approach. *Psychoanalytic Perspectives*, 18(1), 22-42. <https://doi.org/10.1080/1551806X.2021.1845033>
- Pischiutta, L., Garzitto, M., Zamparutti, G., Moratti, E., Albert, U., Colizzi, M., Balestrieri, M. (2023). Mentalization in young patients undergoing opioid agonist treatment: Implications for clinical management. *Addictive Behaviors Reports*, 17, 1004-1009. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2023.100497>
- Polnay, A., McIntosh, L.G., Burnett, A., Williams, A., Cahill, C., Wilkinson, P., Mohammad, F., Patrick, J. (2021). Examining the factor structure, reliability, and validity of the main outcome measure used in mentalization-based therapy skills training, *Health Science Reports*, 4(1), 245-254. <https://doi.org/10.1002/hsr2.245>
- Qaraili, Z., Saberi, H. (2019). The relationship between metacognition and delusional beliefs with obsessive symptoms. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 14(56), 17-26. <https://www.sid.ir/paper/366478/fa> (Text in Persian)

- Sabaghi, S., Mahdi Zadegan, I. (2020). Compare social desirability and alexithymia among students with internalized behavioral disorder and normal students. *Journal of Psychological Science*, 19(90), 765-772. <http://psychologicalscience.ir/article-1-355-fa.html> (Text in Persian)
- Schneider, R.L., Petersen, J.M. (2024). Preliminary feasibility, acceptability, and effectiveness of a pilot telehealth-based intensive outpatient program incorporating acceptance and commitment therapy for adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 31, 1007-1011. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.100716>
- Shams, S., Ghelichkhan, N., Yousefi, N., Alijani, S. (2022). Comparison of the effectiveness of short-term intensive dynamic psychotherapy and mentalization-based therapy on emotional dysregulation, defense mechanisms and insecure attachment styles in women who have experienced the trauma of marital infidelity. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 10 (1), 106-121. [Text in Persian] <http://ijpn.ir/article-1-1964-fa.html>
- Simonsen, S., Popolo, R., Juul, S., Frandsen, F.W., Sørensen, P., Dimaggio, G. (2022). 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*, 26, 213-219. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001432
- Tsegay, L., Ayano, G. (2024). Psychological Distress and Associated Factors Among Medical Students in Addis Ababa, Ethiopia: A Cross-Sectional Study (May 2018). *Journal of Affective Disorders Reports*, 16, 1007-1011. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100783>
- Williams, L.L., Fleisher, C., Muir, O.S., MacMillan, C., Grimes, C., Bleiberg, WE. (2023). Basic Concepts in Mentalizing-Based Therapy for Adolescents With Mood Dysregulation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(2), 426-430. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.07.984>
- Yaghobi, H. (2015). Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Journal of Applied Psychological Research*, 6(4), 45-57. <10.22059/japr.2016.57963> (Text in Persian)
- Yarahmadi, M., Oraki, M., Saadat, S.H., Eshaghian, M., Momeni, A. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on distress tolerance and the severity of obsessive-compulsive symptoms. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 7(6), 66-79. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-905-fa.html> (Text in Persian)
- Yousefi, N., Monirpoor, N. (2022). The role of alexithymia and irrational beliefs in predicting obsessive-compulsive disorder in people with obsessive-compulsive disorder. *Rooyesh*, 10(12), 159-168. <http://frooyesh.ir/article-1-3102-fa.html> (Text in Persian)



This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).