

The effectiveness of Mentalization-Based Treatment on the Severity of Gastrointestinal Symptoms, Fear of Failure in Gastrointestinal Psychosomatic Patients Aged 12 to 18 years

Nafiseh Rahimi¹, Mina Mazaheri^{2*}, Peyman Nasri³

¹ Department of Clinical Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

² PhD in Psychology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Metabolic Liver Disease Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Imam Hosein Children's Hospital, Isfahan, Iran

ABSTRACT

Background:

The severity of gastrointestinal symptoms and fear of failure among patients with gastrointestinal psychosomatic disorder aged 12 to 18 years is of great importance. Based on this, the present study was conducted to determine the effectiveness of mentalization-based treatment on the severity of digestive symptoms, fear of failure, and perfectionism among patients with gastrointestinal psychosomatic disorders aged 12 to 18 years.

Materials and Methods:

The present research method was semi-experimental with two groups: pre-test, post-test with a control group, and 45-day follow-up. The statistical population consisted of patients with gastrointestinal psychosomatic disorders aged 12 to 18 years who were referred to treatment centers and pediatric gastroenterology clinics in Isfahan City in 2023. 40 participants were selected based on availability and then divided into two experimental and control groups. The research tools included the gastrointestinal symptom severity questionnaire (Richard Luke, 1998), and the fear of performance failure assessment questionnaire (Conroy et al., 2002). Treatment based on mentalization was held for teenagers during 12 sessions of 90 minutes. Finally, the recorded information was entered into SPSS software version 23 and variance with repeated measures was used to analyze the data. The significance level for all the tests was considered to be 0.01.

Results:

In the experimental group, most people were in the age group of 12-15 years, and in the control group in the age group of 15-18 years. Therefore, most of the people in the experimental and control groups were 12-15 and 15-18 years old, respectively. Also, most people in the experimental and control groups were girls (13 and 17, respectively, equivalent to 76.5% and 85%). The results showed that the treatment based on mentalization had an effect on the severity of gastrointestinal symptoms and fear of failure in patients with gastrointestinal psychosomatic disorder aged 12 to 18 years. The treatment of mentalization was effective in reducing the severity of gastrointestinal symptoms, but it had no significant effect on the fear of failure.

Conclusion:

The results showed that an important category of psychosomatic disorders is digestive dysfunction; therefore, it is mandatory to investigate digestive symptoms and fear of failure in all patients with psychosomatic disorder.

Keywords: The effectiveness of Mentalization-Based treatment, Severity of gastrointestinal symptoms, Fear of failure, Gastrointestinal psychosomatic patients Aged 12 to 18 years

Please cite this paper as :

Rahimi N, Mazaheri M, Nasri P. The effectiveness of Mentalization-Based Treatment on the Severity of Gastrointestinal Symptoms, Fear of Failure in Gastrointestinal Psychosomatic Patients Aged 12 to 18 years. *Govaresh*. 2025;29: 203-214.

*Corresponding author:

Mina Mazaheri, PhD

Address : Isfahan, Arghavanieh Street, Khorasgan Islamic Azad University (Isfahan). Faculty of Educational Sciences

Tel : + 98 9133254633

Fax : + 98 31 35002000

Email : mina.mazaheri@gmail.com

Received: 28 Aug. 2024

Revised: 06 Dec. 2024

Accepted: 07 Dec. 2024

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شدت علائم گوارشی و ترس از شکست در بیماران روان‌تنی گوارشی ۱۲ تا ۱۸ سال

نفیسه رحیمی^۱، مینا مظاهری^{۲*}، پیمان نصری^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

^۲ دکتری روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ مرکز تحقیقات بیماری متابولیک کبد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان کودکان امام حسین، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف:

شدت علائم گوارشی، ترس از شکست در بین بیماران روان‌تنی گوارشی ۱۲ تا ۱۸ سال از اهمیت زیادی برخوردار است. بر همین اساس پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شدت علائم گوارشی، ترس از شکست در بین بیماران روان‌تنی گوارشی ۱۲ تا ۱۸ سال انجام گرفته است.

روش بررسی:

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی دو گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری شامل بیماران روان‌تنی گوارشی ۱۲ تا ۱۸ ساله که به مراکز خدمات درمان و کلینیک‌های پزشکان متخصص گوارش کودکان و نوجوانان در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده‌اند بود که به‌صورت در دسترس تعداد ۴۰ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب‌شده و سپس در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفته‌اند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه شدت علائم گوارشی (ریچارد لوک، ۱۹۹۸)، پرسشنامه ترس از ارزیابی شکست در عملکرد (کانروی و همکاران، ۲۰۰۲) بود. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای نوجوان برگزار گردید. در نهایت اطلاعات ثبت شده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ شده و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد، سطح معنادار برای تمامی ازمون‌ها نیز عدد ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

در گروه آزمایش، بیشترین تعداد افراد در گروه سنی ۱۲-۱۵ و در گروه کنترل در گروه سنی ۱۵-۱۸ سال قرار داشتند. از این رو بیشتر افراد در به ترتیب برای گروه آزمایش و کنترل گروه سنی ۱۲-۱۵ و ۱۵-۱۸ ساله قرار داشتند. همچنین، بیشتر افراد در گروه آزمایش و کنترل دختر (به ترتیب ۱۳ و ۱۷ نفر معادل با ۷۶/۵ و ۸۵ درصد)، بودند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شدت علائم گوارشی و ترس از شکست در بیماران روان‌تنی گوارشی ۱۲ تا ۱۸ سال تأثیر دارد، به این صورت که درمان ذهنی‌سازی بر کاهش شدت علائم گوارشی اثربخش بود اما بر ترس از شکست تأثیر معناداری نداشت.

نتیجه‌گیری:

نتایج نشان داد، یک دسته مهم از اختلالات روان‌تنی، اختلال در عملکرد گوارش می‌باشد، لذا بررسی علائم گوارشی و ترس از شکست در تمام بیماران روان‌تنی الزامی می‌باشد.

کلیدواژه: اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، شدت علائم گوارشی، ترس از شکست، بیماران روان‌تنی گوارشی ۱۲-۱۸ سال

گوارش / دوره ۲۹، شماره ۴ / زمستان ۱۴۰۳-۲۰۳-۲۱۴

*نویسنده مسئول: مینا مظاهری

آدرس: اصفهان، خیابان ارغوانیه، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان (اصفهان).

دانشکده علوم تربیتی

تلفن: ۰۹۱۳۳۳۵۴۶۳۳

نمبر: ۰۳۱-۳۵۰۰۲۰۰۰

پست الکترونیک: mina.mazaheri@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۰۷

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۳/۰۹/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۱۷

زمینه و هدف

در دهه‌های گذشته گروهی از بیماری‌ها با عنوان اختلال‌های روان‌تنی طبقه‌بندی و گزارش شده‌اند که مشکلات تشخیصی و تمایز آن‌ها از سایر بیماری‌ها سبب افزایش هزینه‌های پاراکلینیکی و تشخیصی در مبتلایان این گروه از ناخوشی‌ها شده است (۱). در نگاهی دیگر، این اختلالات دربرگیرنده تعاملات میان ذهن و بدن بوده و بر عملکرد فیزیکی، توان بدنی و وضعیت بهزیستی و سلامت عمومی افراد تأثیر گذار می‌باشد (۲). در همین راستا بولی و لیتننکس (۳) بیان نمودند سن شروع این شکایات روان‌تنی از ۱۲ تا ۲۴ سالگی می‌باشد و در بین نوجوانان و جوانان

ناتوان‌سازی، اجتناب و کاهش علاقه نسبت به موضوع مورد نظر همراه است (۱۴). به واسطه اهمیت متغیرهایی نظیر شدت علائم گوارشی، ترس از شکست تلاش‌های زیادی تاکنون برای یافتن مسیرهایی که بتوان از آن طریق زمینه بهبودی و ارتقاء این متغیرها را ایجاد کرد، انجام شده است. یکی از درمان‌های نسبتاً جدیدی که در ایران کم‌تر به آن پرداخته شده است درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای نوجوانان می‌باشد. نوجوانی دورانی است که با تغییرات مهم زیستی، روانی و اجتماعی مشخص شده است. در حالی که در گذشته، نوجوانی معمولاً به‌عنوان زمان افزایش خطر برای رشد آسیب‌شناسی روانی تلقی می‌شد، اکنون اجماع فزاینده‌ای وجود دارد به‌ویژه در رویکرد ذهنی سازی به رشد که نوجوانی فرصت‌های جدیدی برای رشد و سرسختی فراهم می‌کند و با انعطاف‌پذیری مشخص مرتبط است (۱۵).

به نقل از لویتن و همکاران (۱۶)، بیماران در تلاش برای مقابله با افزایش سطوح استرس، شروع به تکیه بیش‌ازحد به راهبردهای به‌اصطلاح دلبستگی ثانویه (به‌عنوان مثال راهبردهای غیرفعال کردن دلبستگی و بیش‌فعال سازی دلبستگی) می‌زنند و تلاش خود را برای تنظیم استرس می‌کنند که منجر به اختلال در ذهنی سازی نیز می‌شود، به‌ویژه با توجه به ذهنی سازی تجسم‌یافته (ظرفیت دیدن بدن به‌عنوان جایگاه عواطف، آرزوها و احساسات و توانایی تأمل در تجربیات و احساسات بدنی خود و روابط آن‌ها با حالات ذهنی عمدی در خود و دیگران) شکل می‌گیرد. در درمان بزرگسالان بر پایه ذهنی سازی^۱ هدفی که دقیقاً این درمان باید به آن دست یابد شامل افزایش توانایی در نوجوان برای آگاهی از خود و اطرافیان به روشی دقیق‌تر و همچنین توجه به تأثیری است که بر دیگران می‌گذارد. در دستیابی به آگاهی بیشتر و دقیق‌تر از ذهن دیگران، رفتار تکانشی و در نتیجه خطر کاهش می‌یابد. در غیاب ذهنی سازی آشفته‌گی در روابط چیزی بسیار معمول است و با وجود ذهنی سازی مناسب، آشفته‌گی‌ها کاهش یافته و ثبات بیش‌تری در زندگی بین فردی برقرار می‌شود. چنین ثباتی منجر به احساس امید و همچنین تسلط بر وظایفی می‌شود که نوجوانان باید هر روز انجام دهند (۱۷). بنابر آن چه بیان شد با توجه به آن که پژوهشی مرتبط با یافته حاضر پافت نگردید نخلی (۱۸) در پژوهشی مبتنی بر اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بهبود رابطه مادر- کودک و سطوح دلبستگی کودکان، محمدی و همکاران (۱۹) مبتنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر میزان رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی، ترومپ و همکاران (۲۰) مبتنی بر درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بیماران بستری نوجوان وزیک و همکاران (۲۱) مبتنی بر اجرای درمان مبتنی بر ذهنی سازی در یک برنامه بیمارستان روزانه برای اختلالات خوردن؛ شیرازی (۲۲) مبتنی بر مدل یابی نشانه‌های شخصیت مرزی بر اساس دلبستگی: نقش میانجی تمایز یافتگی

در حال افزایش می‌باشد. در نهایت شکایات روان‌تنی نشانه‌هایی هستند که در بدن فرد نمایان می‌شود اما ریشه در فرآیندهای روان‌شناختی وی دارد (۴). بیماری‌های گوارشی به عنوان یکی از متغیرهایی که تحت تاثیر شکایات روان‌تنی می‌باشد شامل الگوهای بیمارگونه مختلفی از جمله کم‌اشتهایی عصبی، نوروزهای معده ایی، زخم معده کولیت قرحه ای نشانگان روده تحریک‌پذیر و اختلال کنترل مدفوع است (۵). مظاهری و خشوعی (۶) بیان نمودند تغییر در شدت علائم گوارشی یکی از ملاک‌های مهم در جهت ارزیابی درمان بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی گوارشی است و حدود ۵۰ درصد از مراجعین به مراکز خدمات بیماری‌های گوارشی را شامل می‌شوند (۷). براین اساس اختلالات عملکردی گوارشی مجموعه‌ای از اختلالات گوارشی با علائم متناسب به نواحی میانی و تحتانی دستگاه گوارش می‌باشد که شامل سندرم روده تحریک‌پذیر، نفخ عملکردی، یبوست عملکردی، اسهال عملکردی و اختلالات نامشخص عملکردی گوارش بوده که مربوط به روده کوچک، روده بزرگ و مقعد می‌باشد (۸). با توجه به آن چه بیان گردید انواع اختلالات دستگاه گوارش به صورت؛ سوءهاضمه عملکردی، سندرم دیسترس بعد از خوردن غذا، سندرم درد سر معده، اختلالات افزایش بادگلو، آروغ زدن بیش‌ازاندازه قسمت بالای معده، آروغ زدن بیش‌ازاندازه معده، اختلالات تهوع و استفراغ، سندرم تهوع، استفراغ مزمن، سندرم استفراغ دوره‌ای سندرم استفراغ ناشی از کانابینوئید، سندرم نشخوار کردن است (۹). شایان ذکر است علائمی از قبیل اسهال، یبوست، نفخ و درد ممکن است در تمامی این اختلالات دیده شود (۹). بنابر آن چه بیان گردید برخی از مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های گوارشی با تعداد و شدت علائم گوارشی در ارتباط است. چرا که کیفیت زندگی در بیماری‌های گوارشی به دو عامل ارزیابی ذهنی بیمار در مورد تسکین علائم و تأثیر تسکین علائم بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بستگی دارد (۱۰).

در مقابل تغییرات ساختاری در دوران بلوغ برای نوجوانان یک بحران محسوب شده و می‌تواند منجر به ایجاد و تداوم مشکلات از جمله افزایش اضطراب و ترس از شکست شود (۱۱). در تحقیق کوریا و همکاران (۱۲) نشان داده شد که یکی از علت‌های عمده بروز اضطراب در کودکان و نوجوانان، ترس از شکست است. نیاز نوجوانان برای جلب تأیید و برآوردن انتظارات دیگران و نیز ارتباط عزت‌نفس آنان با نتایج عملکردشان، ممکن است اضطراب زیادی را در پی داشته باشد. بنابراین ترس از شکست باعث می‌شود که افراد اهدافی را انتخاب کنند که برای توسعه مهارت مطلوب نیست و یا انگیزه لازم را در نوجوانان ایجاد نمی‌کنند (۱۳) و با گرایش به ارزیابی تهدید و احساس نگرانی در شرایطی که امکان شکست وجود دارد مشخص می‌شود و با احساساتی همچون شرم، خود

¹ Mentalization-Based Treatment for Adolescents (MBT-A)

خود و بدتنظیمی هیجانی، هاشمیان ریزی و ایزدی (۲۳) مبتنی بر اثربخشی روان پویشی کوتاه‌مدت بر ترس از ارزیابی منفی، نارضایتی بدنی و کاهش علائم افراد مبتلابه بدشکلی بدنی، بشر پور و عینی (۲۴) مبتنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلابه اختلال استرس پس از سانحه به بررسی و اهمیت درمان ذهنی‌سازی در گروه‌های مختلف نوجوانان و افراد مبتلابه بیماری‌های روانی پرداختند. از آن جا که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی رویکرد قابل توجه و قابل‌استفاده برای کمک به نوجوانان است؛ این درمان از دل درمان MBT برخاسته است و با توجه به مروری بر جدیدترین کتاب‌ها و مقاله‌ها در میابیم که این درمان مؤثر برای نوجوانان بوده است اما تاکنون به شیوه دقیق برای نوجوان روان‌تنی گوارشی انجام نپذیرفته است. از این رو سؤالی که در این درمان به دنبال پاسخ بر آنیم این است که آیا درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر شدت علائم گوارشی و ترس از شکست در بیماران روان‌تنی گوارشی اثربخش است؟

اساس توصیه کوهن و همکاران (۲۵) که برای مطالعات آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر حداقل کفایت می‌کند، تأیید شده است. ملاک‌های ورود شامل: تشخیص اختلال عملکرد گوارشی زیر نظر متخصص گوارش؛ بازه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال؛ رضایت آگاهانه؛ عدم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی دیگر حداقل دو هفته قبل از شروع درمان و ساکن شهر اصفهان بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل: عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش؛ فاصله بیش از سه هفته میان جلسات و استفاده از درمان یا آموزش روان‌شناختی دیگر در حین انجام پژوهش بود. اجرای این مطالعه به این صورت بود که پس از مشخص شدن اعضاء نمونه و قرار دادن آن‌ها در گروه آزمایش و کنترل، ابتدا پیش‌آزمون با استفاده از ابزار پژوهش انجام گرفت و سپس گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای از طریق درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تحت درمان قرار گرفتند. در پایان درمان و ۴۵ روز پس از آن در مرحله پیگیری مجدد، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای بیماری‌های روان‌تنی در نوجوانان در مطالعه حاضر بر اساس کتاب رسو و همکاران (۲۶) طراحی شده و توسط پژوهشگر در همین مطالعه به تأیید رسیده است. تعیین ضریب توافق درونی بسته تدوین شده با توجه به نظرات ۶ متخصص دو مرتبه مورد بازنگری و ویرایش قرار گرفت. در پایان بر اساس فرم نظر سنجی طراحی شده جهت سنجش میزان توافق متخصصین، نظرات نهایی گروه تخصصی دریافت گردید. ضریب توافق (توافق درونی) ۵ متخصص برای ساختار، فرآیند، اجزاء، زمان، مهارت‌ها و تمرین‌های بسته ی آموزشی درمانی، ۱۸/۵ به دست آمد. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در جدول (۱) آمده است.

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل همراه با دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران روان‌تنی گوارشی ۱۲ تا ۱۸ ساله در شهر اصفهان بود که در بهار، تابستان و پائیز سال ۱۴۰۲ به بیمارستان‌ها، متخصصین گوارش، متخصصین روان پزشکی و کلینیک‌های سلامت و مراکز بهداشتی مراجعه کردند و به‌صورت دسترس و سپس به‌صورت هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود ۴۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه (۲۰ نفر) گمارده شدند. بر

روش بررسی

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

جلسه	موضوع	محتوا	تکلیف
ارزیابی ۱	معرفی	- آشنایی اعضای خانواده و پژوهشگر - بیان دیدگاه اعضای خانواده در رابطه با مشکل - شنیدن صحبت‌های مشترک - ارائه فرم رضایت آگاهانه به والد	
ارزیابی ۲	درک نسبی از مشکلات ارائه‌شده	- ارزیابی مشکل نوجوان و این‌که به چه میزان مشکل با ذهنی‌سازی در ارتباط است. - شناخت نسبی حالت‌های عدم ذهنی‌سازی - شناسایی نقاط قوت نوجوان - شناخت تکالیف و وظایف نوجوان	

جلسه	موضوع	محتوا	تکلیف
ارزیابی ۳	ارزیابی توانایی ذهنی سازی در نوجوان	<ul style="list-style-type: none"> - درمانگر توانایی‌های ذهنی سازی نوجوان را ارزیابی می‌کند و بازخورد نسبی می‌دهد. - شناسایی نقاط افت ذهنی سازی و شکست ذهنی سازی. - بررسی نسبی مسیر رشد ذهنی سازی و توانایی ذهنی سازی فعلی در نوجوان با پرسیدن سؤالات کاوش گرایانه و حمایت کننده. - بررسی سبک دلبستگی نوجوان 	
ارزیابی خانواده		<ul style="list-style-type: none"> - بررسی روند رشدی نوجوان و ارتباط آن با ذهنی سازی. - بررسی دغدغه والدین و در خصوص مسائل نوجوان - کاوش مشکلات احتمالی بیان نشده - چک کردن سبک دلبستگی نوجوان با والد 	
جلسه ۱	معرفی روند جلسات و بسته درمانی و ایجاد اتحاد درمانی	<ul style="list-style-type: none"> - معرفی بسته درمانی به نوجوان - ایجاد اتحاد درمانی از طریق همدلی و کنجکاوی در رابطه با جهان نوجوان - تلاش بیش‌تر برای شناخت دنیای درونی نوجوان و ارتباط های او با خانواده دوم(دوستان) - طرح بحران با نوجوان 	
جلسه یک با ولد	معرفی روند جلسات و برقراری ارتباط درمانی با والد	<ul style="list-style-type: none"> - طرح درمان و بررسی شرایط احتمالی خطر با نوجوان و خانواده(این قسمت از درمان به‌صورت مشترک و واحد در یک جلسه بیان می‌شود). - طرح بحران با والد - ارائه اهداف بسته درمانی - صحبت در خصوص انتظار های درمانی 	
جلسه ۲	گسترش اتحاد درمان و شناسایی بیش از پیش دایره روابط نوجوان	<ul style="list-style-type: none"> - همدلی با مشکلات نوجوان و گسترش اتحاد درمانی - شناسایی دایره روابط با خانواده، خود و دوستان - به دست آوردن اطلاعات بیش‌تر از رقص ذهنی سازی فرد در روابط با خانواده، خود و دوستان - طیف هیجانی نوجوان و هیجانات غالب نوجوان - بررسی هیجانات ناکارآمد در چرخه معیوب ذهنی سازی 	
جلسه ۳	ذهنی سازی و روایت داستان‌های زندگی نوجوان	<ul style="list-style-type: none"> - شفاف‌سازی و بسط اتفاق هایی که نوجوان را آزار می‌دهد و بررسی داستان‌هایی که نوجوان ارائه می‌دهد. - جست و جوی حالت‌های ذهنی در روایت ها - شناسایی نقاطی از روایت که ذهنی سازی افت می‌کند و در میان گذاشتن آن با نوجوان. - حمایت و همدلی با نوجوان در تمام طول توضیح روایت. 	تفکر در خصوص داستان‌ها و ماجراهایی که در طول هفته رخ می‌دهد.
جلسه ۴	شناسایی و بررسی چرخه معیوب ذهنی سازی	<ul style="list-style-type: none"> - درمانگر با پرسیدن سؤال های فعال و کاوشگرایانه به نوجوان کمک می‌کند آنچه در روایت ها در حال وقوع است را بفهمد و بتواند با جزئیات بیشتر و توضیحات بهتر روایت را تعریف کند. - جستجو و تأیید حالات ذهنی مانند افکار، آرزو ها و مقاصد در روایت ها و چالش های ذهنی - شفاف‌سازی و بسط همواره روایت و آشنا کردن نوجوان با دیدگاه‌های غیر از خود 	
جلسه ۵	شناسایی هیجان‌ها و رابطه آن با ذهنی سازی	<ul style="list-style-type: none"> - کاوش هیجان‌های پایه فرد - چک کردن هیجان غالب - آموزش در خصوص شناخت هیجان‌ها - بررسی هیجان‌های ناکارآمد در چرخه معیوب ذهنی سازی نوجوان و در میان گذاشتن آن با فرد. 	قطب نمای هیجانی و طیف رنگ هیجانات اصلی و دماسنج هیجانی
جلسه دوم والد	چرخه معیوب ذهنی سازی در والد و نوجوان و شناسایی محرک‌های هیجانی قوی	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی چرخه معیوب ذهنی سازی و به کار بردن مثالهای - عینی از تعارض های خانواده برای تسهیل در فهم آن - بررسی نقاط داغ و تعارضات هنگام روابط و شناسایی محرکات - آموزش دماسنج هیجانی به والدین ، ارتباط آن با اتوماتیک شدن ذهنی سازی و کار بر روی تنظیم هیجانات - تشویق نقاط مثبت فرزندپروری و حمایت عاطفی از والد 	

ادامه جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

جلسه	موضوع	محتوا	تکلیف
جلسه ۶	توضیح نظریه ذهن برای نوجوان و دیدگاه‌گیری‌های مختلف	- تمرین برای تبیین و نامگذاری حالات احساسی در خود فرد و در دیگران - صحبت در خصوص ماهیت‌های چندبعدی ذهنی‌سازی و نمودارهای ذهنی‌سازی	نوشتن داستان خود درباره اتفاقات هفته و نامگذاری احساسات خود و احساسات احتمالی دیگران در رابطه با آن‌ها.
جلسه ۷	پیدا کردن نقاط خطر	- پیدا کردن نقاط داغ و موارد افت ذهنی‌سازی در روابط با دیگران و خود - همدلی و حمایت در مواجهه با اختلالات ذهنی‌سازی - شناسایی و کاوش فکر و هیجاناتی که چرخه ذهنی‌سازی را خراب می‌کنند و بازخورد آن با مراجع. - بررسی پیشرفت درمان تاکنون - بررسی و بازبینی اهداف درمانی	نوشتن داستان یا ضبط صوت و یا کشیدن نقاشی وقت‌هایی که ذهنی‌سازی افت می‌کند.
جلسه سه‌والد	فهم بیشتر نوجوان	- تمرین برای در نظر گرفتن دیدگاه‌های متفاوت و تعادل در ذهنی‌سازی کردن خود و دیگران - کمک به والدین برای تمرین نگاه کردن به رفتار نوجوان بر اساس فهم ذهن او (فهم علت پشت رفتار) - نگاه به درون دیگران به جای نگاه به رفتارهای بیرونی و تعادل بین این دو - دیدن نقاط مثبت نوجوان در روابط - شناسایی حالات هیجانی نامتعادل در خود و نوجوان	
جلسه ۸	بازبینی روایت‌ها این بار با تلاش با دیدگاه نو	- بررسی دیدگاه‌های مختلف در خصوص یک مسئله - آموزش تامل و پاسخ‌های کنترل‌شده در مواجهه با محرک‌های شدید. - تلاش برای آموزش انتخاب بهترین واکنش در زمان رویارویی با یک مسئله و عاملیت در انتخاب واکنش اتوماتیک یا کنترل‌شده. - بررسی و در نظر گرفتن افکار و احساسات خود و دیگری در روایت‌ها و مسائل	
جلسه ۹	بهبود توانایی ذهنی‌سازی در اعمال و ارتباطات روزمره	- آموزش و بررسی شناخت بیش از پیش دنیای درونی خود - تلاش برای بهبود شناخت دنیای درونی دیگری و عدم قضاوت دیگری - صرف رفتار بیرونی - تلاش برای اینکه نوجوان بتواند طیف شناختی و عاطفی را بیش از پیش بشناسد و با عاملیت در روایت‌های پیش‌رو در انتخاب نوع رفتار بر اساس آن تصمیم‌گیری کند.	
جلسه ۱۰	تعادل در ذهنی‌سازی	- بررسی رویدادها و روایت‌ها و بازنگری انتخاب بهترین نوع واکنش بر اساس مؤلفه‌های ذهنی‌سازی - قدم برداشتن در راه تحکیم توانایی ذهنی‌سازی کارآمد. - بررسی کارآمدی جلسات تاکنون. - تمیز دادن بین افکار و احساسات	
جلسه چهاروالد	راهبرد‌های تنظیم هیجان رفتار و هیجان	- بررسی موارد تعارض و تفکر راجع به اتفاقات قبل از آن و بررسی پله پله و جزء به جزء لحظات تعارض - آگاه شدن از عواطف رفتار در بافت تعارض و هنگام افت ذهنی‌سازی (نگاه به خود از بیرون) - بررسی روند رشد و پیشرفت نوجوان از نظر والد تاکنون - در نظر گرفتن دیدگاه نوجوان نسبت به مسائل - شناخت راه‌های کمک و همدلی با نوجوان	
جلسه ۱۱	ذهنی‌سازی روابط و آماده کردن نوجوان برای پایان جلسات درمان	- تقویت ذهنی‌سازی آشکار - درک و پردازش حالت‌های ذهنی‌سازی فرد در پایان جلسات و صحبت درباره برنامه‌پیگیری	نوشتن داستان و کشیدن نقاشی در رابطه با ذهنیات دیگران
جلسه ۱۲	حفظ دستاوردها و پایان درمان و پیگیری جلسات	- نام بردن و بررسی دستاوردها و تلاش برای حفظ آن‌ها	
جلسه ۵والد	شناسایی و حفظ دستاوردهای درمان	- بررسی دستاوردها - برنامه‌ریزی برای حفظ دستاوردها و موفقیت‌های درمان	

۰/۵۲، ترس از دست دادن تأثیر اجتماعی ۰/۹۴. و ترس از ناراحت شدن افراد مهم ۰/۸۱ به دست آمده است. همچنین نتایج تحلیل عاملی بیانگر روایی مناسب این ابزار است (۲۸) در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ترس ارزیابی از شکست ۰/۹۲۶ بود.

یافته ها

در این بخش شاخص هایی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار در قالب جداول فراوانی و نمودارهای مختلف ارائه شد و سپس مفروضات آزمون های پارامتریک مانند آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بر اساس نرمال بودن توزیع نمرات و نتایج آزمون لوین برای برابری واریانس ها در مورد متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت و سپس داده ها به روش واریانس اندازه های تکرار شده تجزیه و تحلیل شد. در گروه آزمایش، بیشترین تعداد افراد در گروه سنی ۱۲-۱۵ و در گروه کنترل در گروه سنی ۱۵-۱۸ سال قرار داشتند. بیشتر افراد در گروه آزمایش و کنترل دختر (به ترتیب ۱۳ و ۱۷ نفر معادل با ۷۶/۵ و ۸۵ درصد)، بودند. همچنین در گروه آزمایش بیشتر افراد فرزند دوم و در گروه گواه فرزند اول (به ترتیب شامل ۶ و ۱۰ نفر برابر ۳۵/۳ و ۵۰ درصد) بودند. در گروه آزمایش بیشتر افراد شامل ۱۰ نفر (معادل ۵۸/۸ درصد) دارای ۲ خواهر و برادر بودند و در گروه گواه بیشتر افراد شامل ۸ نفر (برابر ۴۰ درصد) دارای یک خواهر یا برادر بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری شدت علائم گوارشی و ترس از شکست در گروه های پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیر شدت علائم گوارشی و ترس از شکست در گروه های پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	ذهنی سازی		کنترل
		میانگین	انحراف معیار	
علائم گوارش	پیش آزمون	۳۵/۴۷۱	۱۵/۶۶۵	۱۳/۲۷۸
	پس آزمون	۲۰/۳۵۳	۱۱/۵۵۹	۱۵/۱۶۳
	پیگیری	۲۰/۵۸۸	۱۱/۴۶۲	۱۶/۷۲۰
ترس از شکست	پیش آزمون	۱۳۶/۱۲۳	۲۸/۴۶۸	۲۱/۶۴۸
	پس آزمون	۱۱۳/۳۵۳	۲۳/۲۲۴	۲۱/۶۲۳
	پیگیری	۱۱۵/۰۰۰	۲۳/۴۱۷	۱۸/۸۸۰

چنان که در جدول ۲ دیده می شود، در متغیر شدت علائم گوارشی و ترس از شکست، در گروه درمانی نسبت به گروه کنترل، تغییراتی در مرحله پس آزمون و پیگیری وجود داشت. در جدول ۳ داده های آزمون شاپیرو-ویلک (در مورد نرمال بودن توزیع متغیرها)، داده های آزمون لوین (برابری واریانس گروه ها)، آزمون ام باکس

در نهایت اطلاعات ثبت شده وارد نرم افزار spss نسخه ۲۳ شده و جهت تجزیه و تحلیل داده از تحلیل واریانس های با اندازه های تکراری استفاده شد، سطح معنادار برای تمامی آزمون ها نیز عدد ۰،۰۱ در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه شدت علائم گوارشی

مقیاس رتبه بندی علائم گوارشی^۱ یک ابزار سنجش بیماری است که بر اساس بررسی علائم معدی روده ای و تجربه بالینی ساخته شده و برای ارزیابی علائم رایج اختلالات گوارشی به کار می رود. این پرسشنامه توسط (۶) ساخته شده است و سپس روان سنجی این پرسشنامه در ایران انجام پذیرفت (۶). این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال است که هر سوال برحسب مقیاس ۷ نقطه ای لیکرت از عدم ناراحتی (۰) تا ناراحتی شدید (۷) نمره گذاری می شود. هم چنین این پرسشنامه شامل ۵ زیر مقیاس است که عبارتند از: دل درد (دل درد، دردهای گرسنگی، تهوع)، سندرم ریفلکس (سوزش معده و برگشت اسید)، سندرم اسهال (اسهال، مدفوع شل، نیاز فوری برای دفع)، سندرم یبوست (یبوست، مدفوع سفت، احساس دفع ناقص)، سندرم سوءهاضمه (قاروقور شکم، نفخ شکم، آروغ و افزایش گاز شکم). نمره کل از جمع میانگین نمرات در هر زیر مقیاس به دست می آید و افزایش نمره در این مقیاس بیانگر شدت علائم است. این پرسشنامه را می توان با انجام مصاحبه یا به صورت خودسنجی تکمیل کرد. اعتبار همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ در نمونه ی بالینی ایرانی محاسبه گردید که برای کل مقیاس GSRs و ۵ زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۱، ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۸۶ و ۰/۷۵ برآورده شده است (۶) و در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۳۱ بود.

پرسشنامه ترس از شکست

این پرسشنامه توسط کانروی و همکاران (۲۷) بر اساس نظریه شناختی، انگیزشی و ارتباطی لازاروس طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس ترس از تجربه شرم و خجالت، ترس از کاهش عزت نفس خود ترس از داشتن آینده نا معلوم، ترس از دست دادن تأثیر اجتماعی و ترس از ناراحت شدن افراد مهم است. تعداد گویه های این ابزار ۴۱ گویه است که بر روی طیف ۵ درجه ای لیکرت (۱ کاملاً موافقم= ۱ تا کاملاً مخالفم= ۵) نمره گذاری می شود. حداقل امتیاز ممکن ۴۱ و حداکثر ۲۰۵ است. پایایی زیر مقیاس های این ابزار را به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ترس از تجربه شرم و خجالت ۰/۷۹؛ ترس از کاهش عزت نفس خود ۰/۷۲؛ ترس از داشتن آینده نامعلوم ۰/۸۱؛ ترس از دست دادن تأثیر اجتماعی ۰/۷۶ و ترس از ناراحت شدن افراد مهم ۰/۷۲ به دست آوردند (۲۷). پایایی زیر مقیاس های این ابزار در نسخه فارسی به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ترس از تجربه شرم و خجالت ۰/۷۹، ترس از کاهش عزت نفس خود ۰/۶۸؛ ترس از داشتن آینده نامعلوم

^۱Gastrointestinal symptom rating scale(GSRs)

جدول ۳. داده‌های آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام‌باکس و ماکلی در متغیر شدت علائم گوارشی و ترس از شکست

مقیاس	ردیف	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون
		آماره	معناداری	
علائم گوارشی	۱	۰/۹۸۲	۰/۸۱۴	پیش آزمون
	۲	۰/۹۷۷	۱/۵۲۱	پس آزمون
	۳	۰/۹۵۵	۰/۱۳۲	پیگیری
		آزمون باکس		
	۴	۱۸/۸۰۳	۰/۰۰۹	۴
		آزمون ماکلی		
ترس از شکست	۱	۰/۹۳۳	۰/۰۲۷	پیش آزمون
	۲	۰/۹۶۵	۰/۲۸۴	پس آزمون
	۳	۰/۹۶۱	۰/۲۲۱	پیگیری
		آزمون باکس		
	۴	۱۰/۷۹۸	۰/۱۳۴	۴
		آزمون ماکلی		

می‌شود، آزمون ماکلی معنادار بود ($p < 0.05$). به این معنی که پیش فرض کرویت برای این مؤلفه رعایت نشده است. در مواردی که پیش فرض کرویت رعایت نمی‌شود، می‌توان به آماره گرین هاوس-گیزر در جدول نتایج مراجعه کرد. در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری شدت علائم گوارشی و ترس از شکست در گروه‌های پژوهش ارائه شده است. با توجه به رعایت شدن یا نشدن پیش فرض کرویت جدول ۳

مربوط به برابری ماتریس واریانس-کوواریانس و آزمون ماکلی در حوزه برابری کرویت برای متغیر شدت علائم گوارشی و ترس از شکست ارائه شده است. چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در شدت علائم گوارشی و ترس از شکست در هر سه مرحله آزمون، توزیع نرمال ($p > 0.05$) بود. برابری واریانس خطا برای هر سه مرحله برقرار بود ($p > 0.05$) و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) برقرار نبود ($p < 0.05$). همچنین چنان که در جدول ۲ مشاهده

جدول ۴. داده‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای شدت علائم گوارشی و ترس از شکست

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذوراتا	توان آزمون
علائم گوارشی	درون-گروهی	زمان	۱/۲۰۹	۱۱۹۷/۹۵۸	۱۰/۵۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۳۲	۰/۹۲۵
		تعامل زمان×گروه	۱/۲۰۹	۱۰۸۳/۴۵۲	۹/۵۶۴	۰/۰۰۲	۰/۲۱۵	۰/۸۹۸
	بین-گروهی	خطا (زمان)	۴۲/۳۳۰	۱۱۳/۲۸۷	-	-	-	-
		گروه	۱	۴۲۲۴/۷۲۵	۹/۰۱۷	۰/۰۰۵	۰/۲۰۵	۰/۸۳۱
	خطا	۳۵	۴۶۸/۵۲۴	-	-	-	-	

ادامه جدول ۴. داده های تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای شدت علائم گوارشی و ترس از شکست

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
ترس از شکست	درون-گروهی	زمان	۱/۱۶۵	۳۲۱۵/۵۸۹	۱۰/۹۷۰	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹	۰/۹۲۷
		تعامل زمان×گروه	۱/۱۶۵	۲۲۸۰/۱۰۳	۷/۷۷۹	۰/۰۰۶	۰/۱۸۲	۰/۸۱۸
	بین-گروهی	خطا (زمان)	۴۰/۷۶۱	۲۹۳/۱۲۳	-	-	-	-
		گروه	۱	۱۵۸۸/۶۰۸	۱/۳۹۰	۰/۲۴۶	۰/۰۳۸	۰/۲۰۹
	خطا	۳۵	۱۱۴۳/۰۲۳	-	-	-	-	

چنان که در جدول ۴ دیده می‌شود، در اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=۱۰/۵۷۵$, $df=۱/۲۰۹$ و $p<۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۹/۵۶۴$, $df=۱/۲۰۹$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در شدت علائم گوارشی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۲۳۲ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۲۱۵ و توان آزمون به ترتیب برابر با ۰/۹۲۵ و ۰/۸۹۸ است. این یافته نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۹۲/۵ و ۸۹/۸ درصد تفاوت در شدت علائم گوارشی مربوط به اعمال متغیر مستقل بوده که با ۱۰۰ درصد توان تأیید شده است. همچنین در اثر درون گروهی، عامل زمان ($F=۱۰/۹۷۰$, $df=۱/۱۶۵$ و $p<۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۷/۷۷۹$, $df=۱/۱۶۵$ و $p<۰/۰۱$) نشان می‌دهد که در ترس از شکست از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p<۰/۰۱$) وجود دارد.

مجدور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۲۳۹ و برای عامل تعامل زمان با گروه برابر با ۰/۱۸۲ و توان آزمون به ترتیب برابر با ۰/۹۲۷ و ۰/۸۱۸ است. این یافته نشان می‌دهد که برای عامل زمان و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۹۲/۷ و ۸۱/۸ درصد تفاوت در شدت علائم گوارشی مربوط به اعمال متغیر مستقل بوده که با ۱۰۰ درصد توان تأیید شده است. همچنین در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در عامل گروه تفاوت معناداری ($p>۰/۰۵$) وجود ندارد. به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده تفاوت معناداری را بین گروه آزمایش و گروه کنترل، نشان نداده است. به دلیل معنادار شدن تعامل زمان با گروه، در متغیر ترس از شکست، برای بررسی احتمالی تفاوت دو به دو گروه های آزمایش و کنترل، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام گرفت. چنان که در جدول ۵ دیده می‌شود، در ترس از شکست بین

جدول ۵. داده‌های آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در متغیر ترس از شکست

متغیر	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معناداری
ترس	پیش آزمون	پس آزمون	۱۲/۲۶۰	۳/۶۱۷	۰/۰۰۵
	پیش آزمون	پیگیری	۱۲/۴۶۲	۳/۶۵۵	۰/۰۰۵
	پس آزمون	پیگیری	۰/۲۰۱	۱/۱۹۳	۱/۰۰۰
	آزمایش	گواه	-۷/۵۹۱	۶/۴۳۹	۰/۲۴۶

مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p\leq ۰/۰۱$). اما تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار نیست. بنابراین با توجه به داده‌های ارائه شده می‌توان بیان داشت درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر ترس از شکست در بیماران روان‌تنی گوارشی ۱۲ تا ۱۸، اثربخش است، به این صورت رد می‌شود.

بحث

و دل‌بستگی ایمن است می‌بیند و با آگاه شدن نسبت به امور روانی و ارتباط آن با بدن، می‌تواند از آسیب‌رسانی این هیجانات و افکار بر بدن بکاهد و شدت علائم گوارشی کمتری را تجربه کند. در تمامی این فرایندها است که کنجکاوانه هیجانات را شناسایی، افکار را بازشناسی و چرخه معیوب را کشف می‌کند و درمانگر تنها تسهیل‌کننده این فرایند است، به همین سبب عاملیت فرد نیز افزایش می‌یابد و از آن جایی که در شرایط مختلف امکان تکرار شدن و برگشت علائم روان‌تنی و گوارشی است اما فرد دوباره دست به کشف، شفاف‌سازی و بسط برای خویش می‌کند تا گره هیجانی و خود بیگانگی رفع شود. از آن جایی که ذهنی‌سازی به صورت فرایندی ذهنی که طی آن فرد به‌طور ضمنی و صریح اعمال خود و دیگران را بر اساس حالات ذهنی عمدی مانند خواسته‌ها، نیازها، احساسات، باورها و دلایل معنادار تفسیر می‌کند؛ تعریف‌شده است (۲۹)، درنهایت زمانی که سطح ذهنی‌سازی فرد بالا می‌رود و فرد از موضع‌های شکست ذهنی‌سازی بیرون می‌آید و یا یاد می‌گیرد که آن را شناسایی کند مؤلفه‌های ذهنی‌سازی درون و بیرون تنظیم شده و فرد آگاهی بیش‌تری در رابطه با خود پیدا می‌کند که درنهایت منجر به کاهش شدت علائم گوارشی می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد در ترس از شکست بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p \leq 0/01$)؛ اما تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار نیست. از آن جایی که تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ترس از شکست در بیماران روان‌تنی ۱۲ تا ۱۸ سال نپرداخته است؛ چنین به نظر می‌رسد که نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات نیمه مرتبیطی شیرازی (۲۲) مبتنی بر مدل یابی نشانه‌های شخصیت‌مرزی بر اساس دل‌بستگی: نقش میانجی تمایز یافتگی خود و بدتنظیمی هیجانی، هاشمیان ریزی و ایزدی (۲۳) مبتنی بر اثربخشی روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر ترس از ارزیابی منفی، نارضایتی بدنی و کاهش علائم افراد مبتلا به بدشکلی بدنی، بشر پور و عینی (۲۴) مبتنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناهمسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت با این‌که ترس به‌عنوان یکی از هیجان‌های اصلی شناخته می‌شود و در طی درمان ذهنی‌سازی بر تنظیم هیجان‌ها، شناخت و متعادل‌سازی آن کار می‌شود، اما به نظر می‌رسد در تحقیق حاضر از این‌رو ترس از شکست از لحاظ آماری معنادار نشده است که تغییرات ساختاری دوران بلوغ برای نوجوانان یک بحران محسوب شده و می‌تواند منجر به ایجاد و تداوم مشکلات نوجوانی از جمله افزایش اضطراب و ترس از شکست شود (۳۰). همچنین ترس از شکست با گرایش به ارزیابی تهدید و احساس نگرانی و احساساتی چون شرم، خود ناتوان‌سازی، اجتناب و کاهش علاقه همراه است (۱۴) که این احساسات ریشه‌های بنیادین در

بر اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود رابطه مادر- کودک و سطوح دل‌بستگی کودکان، محمدی و همکاران (۱۹) مبتنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی، ترومپ و همکاران (۲۰) مبتنی بر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بیماران بستری نوجوان همسو است و با مطالعه زیگ و همکاران (۲۱) مبتنی بر اجرای درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در یک برنامه بیمارستان روزانه برای اختلالات خوردن، ناهمسواس است. چرا که در این مداخلات همچون مطالعه حاضر تلاش شده که درمان ذهنی‌سازی در گروه‌های مختلف نوجوانان و افراد مبتلا به بیماری‌های روانی بررسی گردد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد از آن جایی که اختلالات روان‌تنی در برگزیده تعاملات میان ذهن و بدن هستند و بر عملکرد فیزیکی، توان بدنی و وضعیت بهزیستی و سلامت عمومی افراد تأثیر می‌گذارند (۲) و از آن جایی که شکایت‌های روان‌تنی در بدن فرد نمایان می‌شوند و تا زمانی که این عوامل رفع نشوند شکایات نیز برطرف نخواهند شد (۴) و از سوی دیگر دستگاه گوارشی به‌شدت نسبت به دیسترس‌های روان‌شناختی حساس است و گرسنگی، خوردن غذا، سیری و دفع از عوامل مهم و شایع واکنش‌های هیجانی ترس، عصبانیت سوگ و لذت است (۲) می‌توان گفت که بیماری‌های گوارشی نشانگر ارتباط مستمر ذهن - بدن و بالعکس است (۴). علاوه بر این رویکرد ذهنی‌سازی معتقد است که یکی از دلایل نقص ذهنی‌سازی بدنی، در بیماران مبتلا به اختلالات سوماتیک عملکردی، نقص‌های کلی در آگاهی احساسی (مرتبط با تجارب و علائم خاص) است (۲۰). زیرا بسیاری از این بیماران به‌شدت به دنبال "اثبات‌های مادی و مشخص بیماری خود" هستند و تنها به علل بیولوژیکی بیماری‌شان اعتقاد دارند. در حالت غایت شناسی، متخصصان ممکن است در بحثی بیهوده و بدون پایان درباره نقش عوامل بیولوژیکی در مقابل عوامل روان‌اجتماعی درگیر شوند (۱۵) و در حالت دیگر در بیماران مبتلا به اختلالات بدنی عملکردی، برابری روانی منجر به تلقی درد روان‌شناختی و جسمانی و همچنین خستگی عاطفی و بدنی یکسان می‌شود. این ممکن است تا حدودی توضیح‌دهنده همبودی بالایی باشد که میان درد، خستگی و افسردگی وجود دارد (۱۵). لذا درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در قالب تکنیک‌های درمانی چون همدلی، ابتدا به دنیای روان‌شناختی فرد نوجوان وارد می‌شود و بر اساس سؤالات کنجکاوانه، سعی در پیدا کردن نقطه افت ذهنی‌سازی فرد و شناسایی سبک دل‌بستگی وی می‌کند. سپس درمانگر بدون قرار گرفتن در "موضع می‌دانم" به‌صورت کنجکاوانه و با ایجاد شرایطی که عملکرد انعکاسی به‌خوبی رخ دهد با استفاده از تکنیک‌های چون شفاف‌سازی و بسط احساسات، هیجانات و افکار ناکارآمد و آسیب‌رسان را شناسایی و به فرد نوجوان باز خورد می‌دهد. زمانی که فرد خود را در یک رابطه‌ای که اعتماد معرفتی

که مدت زمان نسبتاً کوتاهی بود مواجهه گردیده شد. در نهایت با توجه به یافته‌های پژوهش چنین پیشنهاد گردید که؛ با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر شدت علائم گوارشی در بیماران روان‌تنی ۱۲ تا ۱۸ سال، روانشناسان حیطه سلامت از این درمان برای بهبود شرایط بیماران روان‌تنی بهره‌گیرند.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی به‌عنوان رویکرد نوین درمانی برای بیماران روان‌تنی گوارشی بر شدت علائم گوارشی، تأثیر معنادار دارد اما بر ترس از شکست مؤثر نیست. این درمان با بررسی دنیای درونی درمان‌جو و کوشش به همراه او در مسیر احساسات ناکارآمد و شناخت‌های معیوب سعی در بالا بردن بهزیستی روانی و رشد فرد دارد. این رویکرد بر اصول همدلی و عدم قضاوت مراجع و کنج‌کاو بودن برای شناخت او تأکید می‌ورزد که همین سبب می‌شود به‌عنوان یک رویکرد درمانی کارآمد در دستور کار متخصصین قرار گیرد.

سیاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه مصوب دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) می‌باشد که با حمایت آن دانشگاه و با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1402.117 تصویب و اجرا شده است. بدین وسیله از حمایت‌های دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان (اصفهان) و تمام پزشکانی که در این مطالعه ما را یاری نمودند، دکتر راضیه ایزدی؛ دکتر لیلیا خلیلیان؛ دکتر پیمان ادیبی؛ دکتر الهام شیرزادی؛ دکتر المیرا لایق؛ دکتر مجید خادمیان؛ دکتر فاطمه فاموری؛ دکتر المیرا لایق تشکر و قدردانی می‌گردد.

هویت و تمامیت انسان دارد درحالی‌که تأکید درمان مبتنی بر ذهنی سازی در نوجوانان پرداختن به این جا و اکنون و حال است. از سمت دیگر دوران نوجوانی، دوران انتخاب‌های مهم، وظایف حیاتی و بحرانی است که با توجه به تغییرات سریع اجتماعی و آموزشی شدید و سریعی که در سال‌های اخیر ایجاد می‌شود، این فشارها می‌تواند پیچیده‌تر شده و تأثیرات منفی بر فرد برجای گذارد. با نهایت تأسف بخش مهمی از این فشارها بر دانش‌آموزان نوجوان، از سوی مدارس و مسئولان آموزشی وارد می‌شود (۳۱) که همین سبب می‌شود نوجوان خود را دائماً در حال ارزیابی شدن و تحت فشار بودن ببیند. دانش‌آموزان در مدرسه غالباً خود را در حال ارزیابی برحسب عملکرد تحصیلی خود می‌دانند و فشار برای برتری مقیاسی مهم در مورد موفقیت آن‌ها در مدرسه می‌باشد. از این رو ترس از ارزیابی منفی به‌عنوان موانع شناختی اضطراب اجتماعی عاملی است که می‌تواند پیش‌بینی‌کننده تجارب هیجانی منفی باشد و احساسات نابسندگی، حقارت و افسردگی را در آن‌ها ایجاد کند (۳۱). در نهایت بهتر است که پروتکل و مداخله حاضر به‌صورت آموزشی در مدارس و اهداف عالی آموزش و پرورش نیز قرار گیرد تا اثربخشی آن افزایش یابد. بنابر این درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر بیماران روان‌تنی اثربخش نمی‌باشد. به‌طور کلی فراهم نمودن شرایط مطلوب برای اجرای پژوهش به‌دشواری میسر می‌گردد. در این پژوهش نیز پژوهشگر با محدودیت‌هایی همچون محدود بودن نتایج تنها به بیماران روان‌تنی ۱۲ تا ۱۸ سال شهر اصفهان؛ کنترل تمامی متغیرهای مزاحم همچون میزان توجه به بازه امتحانی دانش‌آموزان، خستگی و شرایط بیرونی مانند بازه امتحان‌های تحصیلی آزمودنی‌ها در این برنامه به‌طور همزمان بسیار مشکل بود و همسان سازی کامل در نمونه‌ها ایجاد نشد هرچند تمامی تلاش صورت گرفت تا به شکل ممکن متغیرهای مزاحم کنترل شوند و مداخلات درمان مبتنی بر ذهنی سازی طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد

REFERENCES:

- Goetzmann L, Siegel A, Ruettnner B. The connectivity / conversion paradigm -A new approach to the classification of psychosomatic disorders. *New Ideas Psychol.* 2019;52: 26-33.
- Myles LAM. Opinion article: The emerging role of computational psychopathology in clinical psychology. *Mediterr J Clin Psychol.* 2021; 9(1):1-18.
- Buli BG, Lehtinen-Jacks S, Larm P, Nilsson KW, Hellström-Olsson C, Giannotta F. Trends in psychosomatic symptoms among adolescents and the role of lifestyle factors. *BMC Public Health.* 2024;21;24(1):878.
- Lee SA, Jobe MC, Mathis AA, Gibbons JA. Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *J Anxiety Disord.* 2020 ; 74(1):21-38.
- Sikter A, Rihmer Z, Guevara R. New aspects in the pathomechanism of diseases of civilization, particularly psychosomatic disorders. Part 1. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2017;19(2):95-105.
- Mazaheri M, Khashoui M. Comparing the psychometric properties of the Persian version of the Gastrointestinal Symptoms Severity Scale in patients with functional gastrointestinal disorders and healthy individuals. *Gastroenterology.* 2011; 17(1): 18-24.
- Huang JS, Terrones L, Simmons AN, Kaye W, Strigo I. Pilot study of functional magnetic resonance imaging responses to somatic pain stimuli in youth with functional and inflammatory gastrointestinal disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;63:500-7.
- Orr W. C, Fass R, Sundaram SS, Scheimann AO. The effect of sleep on gastrointestinal functioning in common digestive diseases. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020;5(6):616-624.
- Coffey JC, O'Leary D P. Defining the mesentery as an organ and what this means for understanding its roles in

- digestive disorders. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2017;11(8):703-705.
10. Baek Y, Jung K, Kim H, Lee S. Association between fatigue, pain, digestive problems, and sleep disturbances and individuals' health-related quality of life: a nationwide survey in South Korea. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):159.
 11. Page C E, Coutellier L. Adolescent Stress Disrupts the Maturation of Anxiety-related Behaviors and Alters the Developmental Trajectory of the Prefrontal Cortex in a Sex- and Age-specific Manner. *Neuroscience*. 2018; 390(3): 265–277.
 12. Coreia ME, Rosado A, Serpa S, Ferreira V. Fear of failure in athletes: gender, age and type of sport differences. *Revista Iberoamericana De Psicología Del Ejercicio Y El Deporte*. 2017;12(2):185–93.
 13. Wikman J, Elbe AM, Stelter R. Can goal setting reduce fear of failure in young elite athletes?. Sport Psychology Symposium, January 12th 2012.
 14. Deneault AA, Gareau A, Bureau JF, Gaudreau P, Lafontaine MF. Fear of Failure Mediates the Relation Between Parental Psychological Control and Academic Outcomes: A Latent Mediated-Moderation Model of Parents' and Children's Gender. *J Youth Adolesc*. 2020;49(8):1567-1582.
 15. Luyten P, Campbell C, Allison E, Fonagy P. The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2020;16:297-325.
 16. Luyten P, van Houdenhove B, Lemma A, Target M, Fonagy P. A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy* 2012; 26(2): 121–40.
 17. Rossouw T, Wiwe M, Vrouva I. (Eds.). *Mentalization-based treatment for adolescents: A practical treatment guide*. Routledge/Taylor & Francis Group. 2021.
 18. Nakhli M, Ahmadi S, Asadpour I. The Impact of Mentalization-Based Therapy on Improving the Mother-Child Relationship and Secure Attachment in Children. *QJFR* .2022; 19 (3) :45-62.
 19. 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.
 20. Tromp N, van Dijk R, Saunders R, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment in Adolescent Inpatients: A Naturalistic Multi-Informant Study of Outcomes. *J Pers Disord*. 2021;35(6):881-901.
 21. Zeeck A, Endorf K, Euler S, Schaefer L, Lau I, Flösser K, et al. Implementation of mentalization-based treatment in a day hospital program for eating disorders-A pilot study. *Eur Eat Disord Rev*. 2021;29(5):783-801.
 22. Shirazi A, Ghasemi Mutlaq M, Ismaili Shad B, Bakhshpour A. Modeling borderline personality traits based on attachment: the mediating role of self-differentiation and mentalization. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. 2023; 4(3):1-17.
 23. Hashemian Rizi M, Yazidi F. The effectiveness of short-term psychodynamics on the fear of negative evaluation, body dissatisfaction and reducing the symptoms of people with body deformities. *Scientific Quarterly of Psychological Methods and Models*. 2022;13(48): 82-100.
 24. 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.
 25. Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. 3rd ed. Oxfordshire: *Routledge*. 2014;151-90.
 26. Rossouw T, Wiwe M, Vrouva I. (Eds.). *Mentalization-based treatment for adolescents: A practical treatment guide*. Routledge/Taylor & Francis Group. 2021.
 27. Conroy DE, Willow JP, Metzler JN. Multidimensional measurement of fear of failure: The performance failure appraisal inventory. *Journal of Applied Sport Psychology*. 2020;14(5):76-90.
 28. Abdoli B, Ahmadi N, Azimzadeh A, Afshari J. Determining the validity and reliability of the performance failure assessment questionnaire. *Sports motor development and learning*. 2012;5(12): 37-48.
 29. Dimitrijević A, Hanak N, Altaras Dimitrijević A, Jolić Marjanović Z. The Mentalization Scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *J Pers Assess*. 2018;100(3):268-280.
 30. Page CE, Coutellier L. Adolescent Stress Disrupts the Maturation of Anxiety-related Behaviors and Alters the Developmental Trajectory of the Prefrontal Cortex in a Sex- and Age-specific Manner. *Neuroscience*. 2018;390, 265–277.
 31. Vakilian S, Ghanbari Hashem Abadi B. Evaluation of the effectiveness of combining cognitive-behavioral therapy group and social skills training on fear of negative evaluation and social avoidance. *J Clin Psychol*. 2018;28(2):2-11.