Original Article

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 Rahimi[1], Mina Mazaheri[2*], Peyman Nasri[3]

[1] Master's Student, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences, Islamic Azad University of Isfahan (Khorasgan), 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

مقاله پژوهشی

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، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان(خوراسگان)، 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 تعین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر شدت علائم گوارشی، ترس از شکست در بین بیماران روان‌تنی گوارشی ۱۲ تا ۱۸ سال انجام‌گرفته 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 قرارگرفته‌اند. 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 ذهنی سازی 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 داده ها از واریانس با اندازه های تکراری استفاده شد، سطح معنادار برای تمامی ازمون ها نیز عدد ۰،۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته ها:

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 ۱۲-۱۵و 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 ذهنی سازی بر شدت علائم گوارشی و ترس از شکست در بیماران روان‌تنی گوارشی ۱۲ تا ۱۸ سال تأثیر دارد، به این صورت که درمان ذهنی سازی بر کاهش شدت علائم گوارشی اثربخش بود اما بر ترس از شکست تأثیر معناداری نداشت.

نتیجه گیری:

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

کلید واژه: اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی ، شدت علائم گوارشی ، ترس از شکست ، بیماران روان تنی گوارشی ۱۲ -۱۸ سال

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

***نویسنده مسئول: مینا مظاهری**

آدرس : اصفهان، خیابان ارغوانیه، دانشـــگاه آزاد اسلامی خوراسگان (اصفهان). دانشکده علوم تربیتی

تلفن : ۰۹۱۳۳۲۵۴۶۳۳

نمابر : 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 گزارش‌شده‌اند 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 می باشد (۲). در همین راستا بولی و لیتننجکس (۳) بیان نمودند سن شروع این شکایات روان تنی از ۱۲ تا ۲۴ سالگی می باشد و در بین نوجوانان و جوانان

در حال افزایش می باشد . 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 روان تنی می باشد شامل الگوهای بیمارگونه مختلفی ازجمله 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 مبتلابه 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 منتسب 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 مبتلابه 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 ازجمله 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 تائید 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 ناتوان‌سازی، اجتناب و کاهش علاقه نسبت به موضوع موردنظر همراه است (۱۴). به‌واسطه 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، انجام‌شده است. یکی از درمان‌های نسبتاً جدیدی که در ایران کم‌تر به آن پرداخته‌شده است درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای نوجوانان می‌باشد. نوجوانی دورانی است که با تغییرات مهم زیستی، روانی و اجتماعی مشخص‌شده است. درحالی‌که درگذشته، 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 (به‌عنوان‌مثال راهبردهای غیرفعال‌کردن دلبستگی و بیش‌فعال سازی دلبستگی) می زنند 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 می گیرد. در درمان بزرگسالان بر پایه ذهنی سازی[1]، 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 درنتیجه خطر کاهش می‌یابد. در غیاب ذهنی سازی آشفتگی در روابط چیزی بسیار معمول است و باوجود ذهنی سازی مناسب، آشفتگی‌ها کاهش‌یافته 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 ذهنی‌سازی بر میزان رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد مبتلابه 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 تمایزیافتگی

[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 ذهنی سازی در گروه‌های مختلف نوجوانان و افراد مبتلابه بیماری‌های روانی پرداختند. از آن جا که درمان مبتنی بر ذهنی سازی 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. ازاین‌رو سؤالی که در این درمان به دنبال پاسخ بر آنیم این است که آیا درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر شدت علائم گوارشی و ترس از شکست در بیماران روان‌تنی گوارشی اثربخش است؟

روش بررسی

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 پزشک و کلینیک‌های سلامت و مراکز بهداشتی مراجعه کردند و به‌صورت در دسترس و سپس به‌صورت هدفمند مبتنی بر ملاک های ورود ۴۰ نفر انتخاب‌شدند و در دو گروه (۲۰ نفر) گمارده شدند. بر اساس توصیه کوهن و همکاران(۲۵) که برای مطالعات آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر حداقل کفایت می‌کند، تائید شده است.

ملاک های 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

ملاک های 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 ذهنی سازی تحت درمان قرار گرفتند. در پایان درمان و ۴۵ روز پس از آن در مرحله پیگیری مجدد، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل به ابزار های پژوهش پاسخ دادند. درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای بیماری‌های روان‌تنی در نوجوانان در مطالعه حاضر بر اساس کتاب رسو و همکاران(۲۶) طراحی‌شده و توسط پژوهشگر در همین مطالعه به تائید 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 طراحی‌شده جهت سنجش میزان توافق متخصصین، نظرات نهایی گروه تخصصی دریافت گردید. ضریب توافق (توافق درونی) ۵ متخصص برای ساختار، فرآیند، اجزاء، زمان، مهارت ها و تمرین های بسته ی آموزشی درمانی،۱۸/۵ به دست آمد. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی در جدول(۱) آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی

جلسه	موضوع	محتوا	تکلیف
ارزیابی ۱	معرفی	- آشنایی اعضای خانواده و پژوهشگر - بیان دیدگاه اعضای خانواده در رابطه با مشکل - شنیدن صحبت های مشترک - ارئه فرم رضایت آگاهانه به والد	
ارزیابی۲	درک نسبی از مشکلات ارائه‌شده	- ارزیابی مشکل نوجوان و این‌که به چه میزان مشکل با ذهنی سازی در ارتباط است. - شناخت نسبی حالت‌های عدم ذهنی سازی - شناسایی نقاط قوت نوجوان - شناخت تکالیف و وظایف نوجوان	

ادامه جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی

جلسه	موضوع	محتوا	تکلیف
ارزیابی۳	ارزیابی توانایی ذهنی سازی در نوجوان	- 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		- 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	- 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	- 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	- همدلی با مشکلات نوجوان و گسترش اتحاد درمانی - شناسایی دایره روبط 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	- 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	- 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 تائید 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	- کاوش هیجان‌های پایه فرد - چک کردن هیجان غالب - آموزش در خصوص شناخت هیجان‌ها - بررسی هیجان‌های ناکارآمد در چرخه معیوب ذهنی سازی نوجوان و درمیان 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	- 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 ذهنی سازی

جلسه	موضوع	محتوا	تکلیف
جلسه ۶	توضیح نظریه ذهن برای نوجوان و دیدگاه گیری های مختلف	- تمرین برای تبیین و نامگذاری حالات احساسی در خود فرد و در دیگران - صحبت در خصوص ماهیت های چندبعدی ذهنی سازی و نمودار های ذهنی سازی	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 ذهنی سازی در روابط با دیگران و خود - همدلی و حمایت در مواجهه با اختلالات ذهنی سازی - شناسایی و کاوش فکر و هیجاناتی که چرخه ذهنی سازی 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 وقت هایی که ذهنی سازی افت می‌کند.
جلسه سه والد	فهم بیش‌تر نوجوان	- تمرین برای درنظر گرفتن دیدگاه‌های متفاوت و تعادل در ذهنی سازی 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 به‌جای نگاه به رفتارهای بیرونی و تعادل بین این دو - دیدن نقاط مثبت نوجوان در روابط - شناسایی حالات هیجانی نا متعادل در خود و نوجوان	
جلسه ۸	بازبینی روایت ها این بار با تلاش با دیدگاه نو	- بررسی دیگاه های مختلف در خصوص یک مسئله - آموزش تامل و پاسخ‌های کنترل‌شده در مواجه 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 روایت ها و مسائل	
جلسه ۹	بهبود توانایی ذهنی سازی 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 روایت های پیش رو در انتخاب نوع رفتار بر اساس آن تصمیم‌گیری کند.	
جلسه ۱۰	تعادل در ذهنی سازی	- بررسی رویداد ها و روایت ها و بازنگری انتخاب بهترین نوع واکنش بر اساس مؤلفه‌های ذهنی سازی - قدم بر داشتن در راه تحکیم توانایی ذهنی سازی کار آمد. - بررسی کارآمدی جلسات تاکنون. - تمیز دادن بین افکار و احساسات	
جلسه چهار والد	راهبرد های تنظیم هیجان رفتار و هیجان	- بررسی موارد تعارض و تفکر راجع به اتفاقات قبل ازآن و بررسی پله پله و جزء به جزء لحظات تعارض - آگاه شدن از عواطف رفتار در بافت تعارض و هنگام افت ذهنی سازی(نگاه به خود از بیرون) - بررسی روند رشد و پیشرفت نوجوان ازنظر والد تاکنون - در نظر گرفتن دیدگاه نوجوان نسبت به مسائل - شناخت راه‌های کمک و همدلی با نوجوان	
جلسه ۱۱	ذهنی سازی روابط و آماده کردن نوجوان برای پایان جلسات درمان	- تقویت ذهنی سازی آشکار - درک و پردازش حالت‌های ذهنی سازی فرد در پایان جلسات و صحبت درباره برنامه پیگیری	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 ۵ والد	شناسایی و حفظ دستاورد های درمان	- بررسی دستاورد ها - برنامه برای حفظ دستاورد ها و موفقیت های درمان	

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 ازمون ها نیز عدد ۰،۰۱ در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه شدت علائم گوارشی

مقیاس رتبه بندی علائم گوارشی[1] یک ابزار سنجش بیماری‌است که بر اساس بررسی علائم معدی روده‌ای 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 سؤال برحسب مقیاس ۷ نقطه ای لیکرت از عدم ناراحتی (۰) تا ناراحتی شدید (۷) نمره گذاری می‌شود. هم چنین این پرسشنامه شامل ۵ زیر مقیاس است که عبارتند از: دل درد (دل درد، دردهای گرسنگی، تهوع)، سندرم ریفلاکس (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 می‌آید و افزایش نمره در این مقیاس بیانگر شدت علائم است. این پرسشنامه را می توان با انجام مصاحبه یا به‌صورت 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 طراحی‌شده است. این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس ترس از تجربه شرم و خجالت، ترس از کاهش عزت‌نفس 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 درجه‌ای لیکرت (۱ کاملاً موافقم=۱ تا کاملاً مخالفم=۵) نمره‌گذاری می‌شود. 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 عزت‌نفس 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 کرانباخ به ترتیب ترس از تجربه شرم و خجالت ۰/۷۹، ترس از کاهش عزت‌نفس خود ۰/۶۸؛ ترس از داشتن آینده نامعلوم ۰/۵۲، ترس از دست دادن تأثیر اجتماعی ۰/۹۴. و ترس از ناراحت شدن افراد مهم ۰/۸۱به 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 تجزیه‌وتحلیل 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 ارائه‌شده است.

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

متغیر	زمان	ذهنی سازی		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علائم گوارش	پیش آزمون	۳۵/۴۷۱	۱۵/۶۶۵	۳۸/۱۰۰	۱۳/۲۷۸
	پس آزمون	۲۰/۳۵۳	۱۱/۵۵۹	۳۷/۶۵۰	۱۵/۱۶۳
	پیگیری	۲۰/۵۸۸	۱۱/۴۶۲	۳۷/۸۰۰	۱۶/۷۲۰
ترس از شکست	پیش آزمون	۱۳۶/۸۲۳	۲۸/۴۶۸	۱۳۰/۷۰۰	۲۱/۶۴۸
	پس آزمون	۱۱۳/۳۵۳	۲۳/۲۲۴	۱۲۹/۶۵۰	۲۱/۶۲۳
	پیگیری	۱۱۵/۰۰۰	۲۳/۴۱۷	۱۲۷/۶۰۰	۱۸/۸۸۰

چنان که در جدول ۲ دیده می‌شود، 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 داده‌های آزمون شاپیرو- ویلک (در مورد نرمال بودن توزیع متغیرها)، داده‌های آزمون لوین (برابری واریانس گروه‌ها)، آزمون ام باکس

[1]Gastrointestinal 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	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون شاپیرو-ویلک	آزمون لوین
			آماره	معناداری	آماره	معناداری
علائم گوارشی	۱	پیش آزمون	۰/۹۸۲	۰/۸۱۴	۰/۰۲۵	۰/۸۷۶
	۲	پس آزمون	۰/۹۷۷	۰/۶۲۹	۱/۵۲۱	۰/۲۲۶
	۳	پیگیری	۰/۹۵۵	۰/۱۳۲	۳/۰۵۵	۰/۰۸۹
			آزمون باکس			آزمون ماکلی
			آماره	معناداری	آماره	معناداری
	۴	۴	۱۸/۸۰۳	۰/۰۰۹	۰/۳۴۶	۰/۰۰۰

مقیاس	ردیف	آزمون	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون شاپیرو-ویلک	آزمون لوین
			آماره	معناداری	آماره	معناداری
ترس از شکست	۱	پیش‌آزمون	۰/۹۳۳	۰/۰۲۷	۰/۵۰۹	۰/۴۸۰
	۲	پس‌آزمون	۰/۹۶۵	۰/۲۸۴	۰/۴۴۶	۰/۵۰۹
	۳	پیگیری	۰/۹۶۱	۰/۲۲۱	۰/۲۴۰	۰/۵۳۰
			آزمون باکس			آزمون ماکلی
			آماره	معناداری	آماره	معناداری
	۴		۱۰/۷۹۸	۰/۱۳۴	۰/۲۸۳	۰/۰۰۰

مربوط به برابری ماتریس واریانس-کوواریانس و آزمون ماکلی در حوزه برابری کرویت برای متغیر شدت علائم گوارشی و ترس از شکست ارائه‌شده است.

چنان که در جدول ۳ مشاهده می شود، در شدت علائم گوارشی و ترس از شکست در هر سه مرحله آزمون، توزیع نرمال ($p>۰/۰۵$) بود. برابری واریانس خطا برای هر سه مرحله برقرار بود ($p>۰/۰۵$) و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس (از طریق آزمون ام باکس) برقرار نبود ($p <۰/۰۵$). همچنین چنان که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آزمون ماکلی معنادار بود ($p/ <۰/۰۵$). به این معنی که پیش فرض کرویت برای این مؤلفه رعایت نشده است. در مواردی که پیش فرض کرویت رعایت نمی شود، 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 گروه های پژوهش ارائه‌شده است.

با توجه به رعایت شدن یا نشدن پیش فرض کرویت جدول ۳

جدول ۴. داده های تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرارشده (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
علائم گوارشی	درون-گروهی	زمان	۱۴۴۸/۸۴۱	۱/۲۰۹	۱۱۹۷/۹۵۸	۱۰/۵۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۳۲	۰/۹۲۵
		تعامل زمان×گروه	۱۳۱۰/۳۵۴	۱/۲۰۹	۱۰۸۳/۴۵۲	۹/۵۶۴	۰/۰۰۲	۰/۲۱۵	۰/۸۹۸
		خطا (زمان)	۴۷۹۵/۴۲۹	۴۲/۳۳۰	۱۱۳/۲۸۷	-	-	-	-
	بین-گروهی	گروه	۴۲۲۴/۷۲۵	۱	۴۲۲۴/۷۲۵	۹/۰۱۷	۰/۰۰۵	۰/۲۰۵	۰/۸۳۱
		خطا	۱۶۳۹۸/۳۵۶	۳۵	۴۶۸/۵۲۴	-	-	-	-

ادامه جدول ۴. داده های تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرارشده (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	۳۷۴۴/۹۱۳	۱/۱۶۵	۳۲۱۵/۵۸۹	۱۰/۹۷۰	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹	۰/۹۲۷
		تعامل زمان×گروه	۲۶۵۵/۴۳۵	۱/۱۶۵	۲۲۸۰/۱۰۳	۷/۷۷۹	۰/۰۰۶	۰/۱۸۲	۰/۸۱۸
		خطا (زمان)	۱۱۹۴۸/۰۹۶	۴۰/۷۶۱	۲۹۳/۱۲۳	-	-	-	-
	بین-گروهی	گروه	۱۵۸۸/۶۰۸	۱	۱۵۸۸/۶۰۸	۱/۳۹۰	۰/۲۴۶	۰/۰۳۸	۰/۲۰۹
		خطا	۴۰۰۰۵/۸۰۷	۳۵	۱۱۴۳/۰۲۳	-	-	-	-

چنان که در جدول ۴ دیده می شود، 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 ازنظر 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 تائید 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 ازنظر زمانی و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری (p<۰/۰۱) وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۲۳۹ 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 ۲۳/۹ و ۱۸/۲ درصد تفاوت ترس از شکست مربوط به اعمال متغیر مستقل بوده که با ۹۲/۷ و ۸۱/۸ درصد توان تائید شده است. همچنین چنان که در جدول ۴-۱۲ در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در عامل گروه تفاوت معناداری (p>۰/۰۵) وجود ندارد. به این معنی که تحلیل واریانس انجام‌شده 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 می شود، 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≤۰/۰۱). اما تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار نیست. بنابراین با توجه به داده‌های ارائه‌شده می توان 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

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر شدت علائم گوارشی ترس از شکست در بیماران روان‌تنی ۱۲ تا ۱۸ سال انجام گرفت و از آن جایی که تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر شدت علائم گوارشی در بیماران روان‌تنی ۱۲ تا ۱۸ سال نپرداخته است؛ چنین به نظر می‌رسد که نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات نیمه مرتبطی همچون 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 ذهنی‌سازی بر میزان رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد مبتلابه بیماری کرونری قلبی، ترومپ و همکاران (۲۰) مبتنی بر درمان مبتنی بر ذهنی سازی در بیماران بستری نوجوان همسو است و با مطالعه زیک و همکاران (۲۱) مبتنی بر اجرای درمان مبتنی بر ذهنی سازی در یک برنامه بیمارستان روزانه برای اختلالات خوردن، ناهمسواست. چرا که در این مداخلات همچون مطالعه حاضر تلاش شده که درمان ذهنی سازی در گروه‌های مختلف نوجوانان و افراد مبتلابه بیماری‌های روانی بررسی گردد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد از آن جایی که اختلالات روان‌تنی در برگیرنده 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 شکایت های 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 دیسترس های روان‌شناختی حساس است و گرسنگی، خوردن غذا، سیری و دفع از عوامل مهم و شایع واکنش‌های هیجانی ترس، عصبانیت سوگ و لذت است (۲) می توان گفت که بیماری‌های گوارشی نشانگر ارتباط مستمر ذهن - بدن و بالعکس است (۴).علاوه بر این رویکرد ذهنی سازی معتقد است که یکی از دلایل نقص ذهنی سازی بدنی، در بیماران مبتلابه 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 اعتقاددارند. 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 مبتلابه 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 توضیح دهنده همبودی بالایی باشد که میان درد، خستگی و افسردگی وجود دارد (۱۵). لذا درمان مبتنی بر ذهنی سازی 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 ذهنی سازی فرد و شناسایی سبک دلبستگی وی می‌کند. سپس درمانگر بدون قرار گرفتن در "موضع می دانم" به‌صورت کنجکاوانه و با ایجاد شرایطی که عملکرد انعکاسی به‌خوبی رخ دهد با استفاده از تکنیک‌های چون شفاف‌سازی و بسط احساسات، هیجانات و افکار ناکارامد و آسیب رسان را شناسایی و به فرد نوجوان باز خورد می‌دهد. زمانی که فرد خود را در یک رابطه‌ای که اعتماد معرفتی و دلبستگی ایمن است می بیند و با آگاه شدن نسبت به امور روانی و ارتباط آن با بدن، می‌تواند از آسیب رسانی این هیجانات و افکار بر بدن بکاهد و شدت علائم گوارشی کمتری را تجربه کند. در تمامی این فرایند فرد است که کنجکاوانه هیجانات را شناسایی، افکار را بازشناسی و چرخه معیوب را کشف می‌کند و درمانگر تنها تسهیل کننده 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 ذهنی سازی به‌صورت 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 ذهنی سازی فرد بالا می‌رود و فرد از موضع های شکست ذهنی سازی بیرون می‌آید و یا یاد می‌گیرد که آن را شناسایی کند مؤلفه‌های ذهنی سازی 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 ($p\leq ۰/۰۱$)؛ اما تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار نیست. از آن جایی که تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی 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 مرتبطی شیرازی (۲۲) مبتنی بر مدل یابی نشانه‌های شخصیت مرزی بر اساس دلبستگی: نقش میانجی تمایزیافتگی 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 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 ناهمسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت با این‌که ترس به‌عنوان یکی از هیجان‌های اصلی شناخته می‌شود و در طی درمان ذهنی سازی بر تنظیم هیجان‌ها، شناخت و متعادل سازی آن کار می‌شود، اما به نظر می‌رسد در تحقیق حاضر ازاین‌رو ترس از شکست ازلحاظ آماری معنادار نشده است که تغییرات ساختاری دوران بلوغ برای نوجوانان یک بحران محسوب شده و می‌تواند منجر به ایجاد و تداوم مشکلات نوجوانی ازجمله 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 ریشه های بنیادین در

هویت و تمامیت انسان دارد درحالی‌که تاکید درمان مبتنی بر ذهنی سازی در نوجوانان پرداختن به این جا و اکنون و حال است. از سمت دیگر دوران نوجوانی، دوران انتخاب های 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 تاسف بخش مهمی از این فشارها بر دانش آموزان نوجوان، از سوی مدارس و مسئولان آموزشی وارد می‌شود (۳۱) که همین سبب می‌شود نوجوان خود را دائما در حال ارزیابی شدن و تحت‌فشار بودن ببیند. دانش آموزان 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. ازاین‌رو ترس از ارزیابی منفی به‌عنوان موانع شناختی اضطراب اجتماعی عاملی است که می‌تواند پیش‌بینی کننده تجارب هیجانی منفی باشد و احساسات نابسندگی، حقارت و افسردگی را در آن‌ها ایجاد کند (۳۱). درنهایت 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. به‌طورکلی فراهم نمودن شرایط مطلوب برای اجرای پژوهش به‌دشواری میسر می‌گردد. در این پژوهش نیز پژوهشگر با محدودیت هایی همچون محدود بودن نتایج تنها به بیماران روان‌تنی ۱۲ تا ۱۸ سال شهر اصفهان؛ کنترل تمامی متغیرهای مزاحم همچون میزان توجه به بازه امتحانی دانش آموزان، خستگی و شرایط بیرونی مانند بازه امتحان‌های تحصیلی آزمودنی‌ها در این برنامه به‌طور همزمان بسیار مشکل بود و همسان سازی کامل در نمونه ها 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 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 بیمارن روان‌تنی بهره گیرند.

نتیجه گیری

درمجموع 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 شکت مؤثر نیست. این درمان با بررسی دنیای درونی درمان جو و کاوش به همراه او در مسیر احساسات ناکارآمد و شناخت های 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 تاکیید می ورزد که همین سبب می‌شود به‌عنوان یک رویکرد درمانی کارآمد در دستور کار متخصصین قرار گیرد.

سپاسگزاری

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

REFRENCES:

1. Goetzmann L, Siegel A, Ruettner B. The connectivity / conversion paradigm -A new approach to the classification of psychosomatic disorders. *New Ideas Psychol*. 2019;52: 26-33.
2. Myles LAM. Opinion article: The emerging role of computational psychopathology in clinical psychology. *Mediter J Clin Psychol*. 2021; 9(1):1-18.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Huang JS, Terrones L, Simmons AN, Kaye W, Strigo I. Pilot study of functional magnetic resonance imaging responsesto somatic pain stimuli in youth with functional and inflammatory gastrointestinal disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* .2016;63:500-7.
8. 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.
9. 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 Genders. *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. Bakhshipour 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. Basharpoor 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. Oxfordshir: *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, AfshariJ . 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.