



The Effectiveness of Metallization-based Therapy on Insecure Attachment, Fear of Intimacy and Suicidal Ideation in People with Major Depressive Disorder

Elaheh Tahmasebiashtiani^{1*}, Farzaneh Vatankhah Amjad², Nasim karimgholipour³, Hajar Soleimani⁴

1- Master of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2- Ph.D Student of Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran.

3- Master of Psychology and Education of Exceptional Children, Research Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4- Master of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Corresponding Author: Elaheh Tahmasebiashtiani, Master of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

E-mail: elahetahmasebi11@gmail.com

Received: 10 Feb 2022

Accepted: 1 July 2022

Abstract

Introduction: According to the World Health Organization, depression will be one of the leading causes of disability worldwide by 2030. Depression is often associated with insecure attachment, fear of intimacy, and suicidal ideation; so, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of metallization-based therapy on insecure attachment, fear of intimacy, and suicidal ideation in people with major depressive disorder.

Methods: The study was an experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population was all people with significant depression who were referred to the Agahesh clinic in Karaj in 2021. (332). First, 30 people were selected by the available sampling method and then were randomly divided into experimental and control groups (15 experimental and 15 control). The experimental group underwent 20 sessions of 90 minutes of treatment based on the metallization adapted from Batman and Funagi (2016). During this time, the control group remained on the waiting list. Hazan and shaver's (1987) Attachment Styles Questionnaire, Deskatner and Thelan's (1991) Intimacy Fear Scale, and Beck et al. (1979) Suicide Thought Scale was used to collect data. The information obtained from the questionnaires was analyzed through SPSS software version 24 in descriptive (mean and standard deviation) and inferential (multivariate analysis of covariance).

Results: The results showed that psychotherapy-based therapy was able to achieve anxious insecure attachment (Sig = 0.004 and F = 10.0332), avoidant insecure attachment (Sig = 0.001 and F = 17.186), fear of intimacy (001). Significantly improve Sig = 0.02 (F = 42.649) and suicidal ideation (Sig = 0.001 and F= 26.057) (P<0.05). Based on the results, the use of metallization-based therapy has been more effective on fear of intimacy (Eta =0.640).

Conclusions: It can be concluded that psychotherapy-based therapy can be used as an effective intervention to improve insecure attachment, fear of intimacy, and suicidal ideation in people with major depressive disorder.

Keywords: Insecure attachment, Fear of intimacy, Suicidal ideation, Metallization-based therapy, Major depressive disorder.



اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر دل بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

الهه طهماسبی آشتیانی^{۱*}، فرزانه وطن خواه امجد^۲، نسیم کریم قلی پور^۳، هاجر سلیمانی^۴

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

نویسنده مسئول: الهه طهماسبی آشتیانی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
ایمیل: elahetahmasebi11@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۱

چکیده

مقدمه: طبق گفته سازمان بهداشت جهانی افسردگی تا سال ۲۰۳۰ یکی از دلیل اصلی ناتوانی در سرتاسر جهان خواهد بود. افسردگی در بسیاری مواقع با دل بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و افکار خودکشی آمیخته است؛ لذا هدف از انجام این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر دل بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود.

روش کار: این پژوهش از نوع آزمایشی و با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه افراد مبتلا به افسردگی اساسی و مراجعه کننده به کلینیک آگاهش شهر کرج در سال ۱۴۰۰ بودند. ابتدا به روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل). گروه آزمایش تحت ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر ذهنی سازی اقتباس از بتمن و فوناگی (۲۰۱۶) قرار گرفت. در این مدت گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. از پرسشنامه سبک های دل بستگی هازن و شاور (۱۹۸۷)، مقیاس ترس از صمیمیت دسکاتر و ثلن (۱۹۹۱) و مقیاس افکار خودکشی بک و همکاران (۱۹۷۹) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) انجام گرفت.

یافته ها: نتایج بیانگر این بود که درمان مبتنی بر ذهنی سازی توانسته است دل بستگی نایمن اضطرابی ($Sig=0/004$) و ($F=10/032$)، دل بستگی نایمن اجتنابی ($Sig=0/001$ و $F=17/186$)، ترس از صمیمیت ($Sig=0/001$ و $F=42/649$) و افکار خودکشی ($Sig=0/001$ و $F=26/057$) را به طور معناداری بهبود بخشد ($P<0/05$). بر اساس نتایج استفاده از درمان مبتنی بر ذهنی سازی اثر بخشی بیشتری بر روی ترس از صمیمیت (ضریب تاثیر = $0/640$) داشته است.

نتیجه گیری: می توان نتیجه گیری کرد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی می تواند به عنوان مداخله ای مؤثر برای بهبود دل بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه ها: دل بستگی نایمن، ترس از صمیمیت، افکار خودکشی، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، اختلال افسردگی اساسی.

افسردگی یکی از مشکلات روانشناختی شایع و تهدید کننده سلامت روان است. به گفته سازمان بهداشت جهانی افسردگی تا سال ۲۰۳۰ یکی از دلایل اصلی ناتوانی در سراسر جهان خواهد بود (۱). شیوع اختلال افسردگی اساسی در طول عمر ۵-۱۷ درصد برآورد شده است و در حال حاضر بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در سرتاسر جهان از اختلال افسردگی اساسی رنج می‌برند (۲). براساس پژوهش‌ها در ایران، افسردگی، سومین مشکل سلامتی کشور است (۳) و شیوع افسردگی اساسی در ایران ۲۵٪ برآورد شده است (۴). پژوهشگرانی که افسردگی را بررسی می‌کنند، معمولاً در تأکیدشان بر این پدیده متفاوت بوده‌اند، برخی بر نقش شناخت‌های ناکارآمد در ایجاد و حفظ افسردگی تمرکز می‌کنند و برخی دیگر به فرایندهای ناسازگار بین فردی مورد استفاده توسط افراد افسرده توجه می‌کنند (۵). در مقابل، کارنلی و همکاران (۶) استدلال می‌کنند که نظریه دلبستگی بالبی ممکن است برای ادغام رویکردهای شناختی و بین فردی مورد استفاده قرار گیرد. لذا این مولفه می‌تواند خلا پژوهشی که صرفاً تأکید جداگانه بر عوامل بیرونی، درون روانی و یا شناختی که نقش ویژه‌ای بر روی اختلال افسردگی اساسی را دارند، پر نماید. به عبارتی مفهوم مدل‌های کارکرد درونی خود و دیگران در این نظریه ممکن است بازنمایی‌های شناختی پایدار یک فرد از تحریکات رابطه را توضیح دهند. اخیراً پژوهش‌ها به این موضوع توجه نموده‌اند که بازنمایی‌های منفی از خود و دیگران افراد را در برابر افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند؛ به عبارتی سبک دلبستگی نایمن افراد افسرده را از غیر افسرده متمایز می‌سازد (۷، ۸).

نظریه دلبستگی فرض می‌کند که کیفیت روابط دلبستگی اولیه، مدل کارکرد درونی (طرحواره های شناختی) خود و دیگران را تعیین می‌کند (۹). این مدل‌ها بر تنظیم هیجانات و نحوه سازگاری افراد با عوامل استرس‌زا تأثیر می‌گذارند (۱۰). سبک‌های دلبستگی، روش‌های مواجهه فرد با موقعیت‌های استرس‌زا را متأثر می‌سازد. افراد با سبک دلبستگی ایمن ضمن تصدیق موقعیت به سادگی از دیگران کمک می‌گیرند، افراد با سبک دلبستگی نایمن در تصدیق موقعیت و جستجوی کمک با مشکل مواجهه می‌شوند و به علاوه حساسیت بیش از حدی نسبت به

الیه طهماسبی آشتیانی و همکاران

عواطف منفی و نگاره‌های دلبستگی دارند به گونه‌ای که سد راه خودپیروی آنها می‌شود (۵). بنابراین افراد دارای دلبستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا)، خودپنداره و تجربیات منفی بیشتری را در روابط گزارش می‌کنند و این به نوبه خود ناتوانی در تنظیم عواطف، هیجانات منفی و شکل‌گیری علائم افسردگی را به همراه دارد. به طور کلی در دو نوع مدل کارکرد درونی در نظریه اصلی بالبی، مدل کارکرد درونی خود برحسب "اضطراب در زمینه نزدیکی و وابستگی به دیگران در ارتباط با عزت نفس" و مدل کارکرد درونی دیگران نیز به عنوان "اجتناب از صمیمیت" مشخص می‌شود (۱۱). لذا یکی از مولفه‌های دیگر، که ریشه در تئوری دلبستگی دارد، و ناتوانی در شکل‌گیری دلبستگی امن می‌تواند در پیدایش آن نقش مهمی ایفا کند، ترس از صمیمیت می‌باشد. به علاوه پژوهش‌های پیشین نیز به نقش دلبستگی نایمن در ناتوانی در تنظیم عواطف و ایجاد علائم افسردگی، اجتناب از صمیمیت با دیگران، خودپنداره و ناتوانی در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا تأکید نموده‌اند (۱۱، ۱۰، ۵، ۱۲).

در تئوری دلبستگی، ترس از صمیمیت به عنوان نوعی مدل کارکرد درونی است که به عنوان اجتناب از صمیمیت مشخص می‌شود (۱۱). ترس از صمیمیت را به عنوان یکی از متغیرهای مهم در افراد دارای سبک دلبستگی نایمن به منزله ظرفیت محدود فرد برای به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات شخص با فردی مهم مثل پدر و مادر، دوست و جز آن معرفی می‌کنند. ترس از صمیمیت به سبب دلبستگی نایمن، بر ابعاد مختلف عاطفی، شناختی و رفتاری صمیمیت تأثیر گذار است، می‌تواند روابط بین فردی و سلامت روان افراد را به شدت مختل کند و باعث شود فرد از اجتماع فاصله بگیرد و افسردگی‌اش افزایش یابد. ترس از صمیمیت با کاهش برقراری و تداوم ارتباطات، می‌تواند ابراز احساسات و عواطف را با مشکل مواجه سازد، رضایت از زندگی را در افراد کاهش دهد و ممکن است افراد را به سمت پایان دادن به زندگی خویش ترغیب کند (۱۳). پژوهش‌های پیشین (۶، ۱۳، ۱۰، ۱۴) همواره به نقش ترس از صمیمیت و تأثیر آن بر ابعاد مختلف هیجانی، شناختی و ارتباطی تأکید نموده‌اند که این نیز به نوبه خود پیامدهای مختلف روانشناختی از جمله افسردگی و ایده‌پردازی‌های

خودکشی راه به همراه داشته باشد.

به طور کلی ترس از صمیمیت می‌تواند ناتوانی در پردازش‌های هیجانی و شناختی را به همراه داشته باشد و این نیز به نوبه خود به ایده‌پردازی‌های خودکشی کمک می‌نماید. تئوری‌ها و مدل‌های معتبر و دقیقی برای ارزیابی ریسک خودکشی وجود ندارد. اما می‌توان برخی مدل‌های نظری مثل مدل ناامیدی، نظریه بین فردی جونز (۱۵) اشاره نمود. طبق مدل بین فردی افرادی که تمایل زیادی به خودکشی دارند، بیش از سایر افراد در معرض خطر خودکشی قرار دارند. تمایل به خودکشی با احساس سربار بودن و فقدان احساس تعلق خاطر مرتبط است. به عبارتی توانایی فرد در خودکشی، با میزان خوگیری با درد و به ویژه تروماهای دلبستگی قبلی و رویدادهای نخستین زندگی ارتباط دارد (۱۵). بنابراین بر طبق این مدل‌ها مشکلات ارتباطی درون کودکی (مانند اردست دادن والدین) و مشکلات ارتباطی کنونی (مانند ترس از صمیمیت و فقدان روابط صمیمانه) در تسریع و تشدید مشکلات هیجانی و افسردگی موثر است. در واقع برخی پژوهش‌ها افکار خودکشی را با پریشانی‌های عاطفی از جمله احساس گناه، خشم، اضطراب و افسردگی مرتبط دانسته‌اند (۱۶). سبک‌های دلبستگی، بر تنظیم هیجان و روش‌های مواجهه فرد با موقعیت‌های استرس‌زا تاثیر می‌گذارد، افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن به سبب اجتناب از صمیمیت و کناره‌گیری از اجتماع، در زمینه تنظیم هیجانات با مشکل مواجه می‌شوند. عدم تحمل احساسات دردناک، کناره‌گیری اجتماعی و عدم مقابله سازگارانه جنبه اساسی از فرایندهایی است که پریشانی عاطفی را تسریع نموده و فرد به فکر پایان دادن به این درد و رنج می‌شود (۱۷). بنابراین در افراد افسرده به سبب عدم دلبستگی امن، ناتوانی در ظرفیت تحمل احساسات منفی، ضعف در برقراری ارتباط سالم با دیگران گرایش به اقدام به خودکشی در آنان بیشتر است. پژوهش‌های پیشین نیز نقش اجتناب از صمیمیت، فقدان روابط صمیمانه و ناتوانی در ظرفیت تحمل احساسات در گرایش افراد به خودکشی را تایید نموده‌اند (۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۸).

با توجه به مطالب ارائه شده مشخص است که دلبستگی ناایمن و ترس از صمیمیت در ایجاد و تدوام افسردگی تاثیرگذار است و این نیز به نوبه خود ایده خودکشی به عنوان یکی

از مشکلات روانشناختی شایع و تهدید کننده سلامت روان را در پی دارد (۱۳)؛ از این‌رو شناسایی و معرفی شیوه‌های درمانی موثر جهت کنترل این مشکلات اهمیت فراوانی دارد. یکی از رویکردهایی که به نظر می‌رسد برای کاهش سبک‌های دلبستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و ایده خودکشی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی موثر واقع می‌شود، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است. (۱۹). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نوعی دیگر از روان‌درمانی‌های پیشی می‌باشد که توسط بتمن و فوناگی ابداع شده است. این الگوی درمانی، مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریه دلبستگی بالبی و ذهنی‌سازی ظرفیت ذهنی‌سازی یک رویکرد بازتابی تلقی می‌شود و نوعی توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی بخصوص روابط دلبستگی به دست می‌آید و زیربنای رفتارهای آشکار است. پژوهش‌ها کمبودهایی در افراد دارای افسردگی ماژور و به ویژه آنهایی که ایده‌های خودکشی دارند در زمینه ظرفیت ذهنی‌سازی گزارش نموده‌اند و آن را با سبک‌های دلبستگی ناایمن مرتبط دانسته‌اند (۱۹). هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمانجو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (۲۰). حالات غیرذهنی‌سازی ارتباط نزدیکی با بدتنظیمی هیجانی دارد (۲۱). بنابراین هدف درمان افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی و به تبع تنظیم هیجان است. براساس مدل رشد فوناگی و تارگت (۲۲) در بافتی که در آن والدینی امن و علاقه مند به ذهن و ذهنیت کودک حضور دارند به رشد خود و تنظیم هیجان و در نتیجه ایجاد خودی انعکاس‌گر، اندیشمند و توانمند برای ذهنی‌سازی کمک می‌کنند. در نتیجه درمان ذهنی‌سازی نیز بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی، کاهش استرس بین فردی و ترس از صمیمیت ایجاد می‌شود، در نتیجه افراد افسرده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته مانند اسپلتینگ - که موجب جداسازی ذهن از بدن و گرایش آنها به سمت خودکشی می‌شود کمتر استفاده می‌نمایند و میزان تاب آوری آنها در برابر شرایط استرس‌زا بالاتر می‌رود (۲۳). در ایران پژوهش‌های گوناگونی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را بر روی برخی از اختلالات مثل اختلال شخصیت مرزی و PTSD نشان داده‌اند (۲۴، ۲۵، ۲۶)، به علاوه پژوهش شمس و

الیه طهماسبی آشتیانی و همکاران

سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم مصرف مواد و عدم سایکوز. ملاک های خروج از پژوهش شامل: عدم تمایل به ادامه درمان. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل موارد زیر است.

پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسالان (AAI): پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسال، با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازان و شیور در سال ۱۹۸۷ (۳۲) ساخته و در مورد نمونه های دانشجویی، دانش آموزی و جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است (۳۳). یک آزمون ۱۵ گویه ای است و سه سبک دلبستگی ایمن با سوالات ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰؛ سبک دلبستگی ناپایمن دوسوگرای اضطرابی با سوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵؛ سبک دلبستگی ناپایمن اجتنابی با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ را اندازه گیری می کند. سوالات پرسشنامه توسط علامت گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه ای از نوع لیکرت شامل هرگز نمره ۰، به ندرت نمره ۱، بعضی اوقات نمره ۲، اغلب اوقات نمره ۳ و تقریباً همیشه نمره ۴ نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره برای سبک دلبستگی ایمن ۱ تا ۴۰، برای سبک اجتنابی ۱ تا ۳۰ و برای سبک دوسوگرا ۱ تا ۳۵ است. هر چه در عبارات مربوط به هر سبک نمره بالاتری کسب شود به همان میزان شخص از آن سبک دلبستگی برخوردار است. هازا و شیور (۱۹) پایایی بازآزمایی کل این پرسشنامه را ۰/۸۱ و کولینز و رید (۳۴) نیز پایایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹، به دست آوردند. روایی مقیاس دلبستگی کولینز و رید به استخراج سه عامل عمده منجر شد که توسط پژوهشگران به عنوان ظرفیت پیوستن به روابط صمیمی و نزدیک تفسیر می شود. دیواندری (۳۵) با نطالع‌های که بر روی ۵۱۳ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر انجام داد روایی همگرایی پرسشنامه سبک‌های دلبستگی با روش محاسبه میانگین واریانس استخراج شده را ۰/۷۰ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ نمونه فوق را ۰/۹۴، گزارش کرد.

مقیاس ترس از صمیمیت: مقیاس ترس از صمیمیت توسط دسکاتر و تلن در سال ۱۹۹۱ ساخته شد. این آزمون شامل ۳۵ گویه است که سنجش ترس از صمیمیت در روابط نزدیک و عاطفی را در مقیاس‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ انجام می‌دهد. حداقل نمره‌ای که آزمودنی

همکاران (۲۷) اثربخشی ذهنی سازی بر روی سبک های دلبستگی ناپایمن، و بدتنظیمی هیجانی در افراد آسیب دیده را بررسی نموده‌اند، همچنین پژوهش حاج حسینی و همکاران (۲۸) نیز اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر روی علائم افسردگی را مورد بررسی قرار داده‌اند.

با توجه به اینکه افسردگی یکی از مشکلات روانشناختی شایع و تهدید کننده سلامت روان است و به گفته سازمان بهداشت جهانی افسردگی تا سال ۲۰۳۰ یکی از دلایل اصلی ناتوانی در سراسر جهان خواهد بود (۱) به علاوه به سبب اینکه اغلب درمان‌هایی که به اختلال افسردگی پرداخته‌اند، بر تاثیر، مولفه‌های شناختی، فراشناختی و هیجانی به صورت مجزا و به علاوه اثر مداخلات ذهن آگاهی متمرکز بوده‌اند (۳۱، ۳۰، ۲۹)؛ از این رو کمبودهای پژوهشی در زمینه درمان مبتنی بر ذهنی سازی که بر فرایندهای ناسازگار بین فردی، شناختی و هیجانی به صورت یکپارچه تاکید دارد- بر روی اختلال افسردگی اساسی احساس می‌شود؛ لذا هدف پژوهش حاضر نیز بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر دلبستگی ناپایمن، ترس از صمیمیت و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به افسردگی اساسی و مراجعه کننده به کلینیک آگاهش شهر کرج در بازه زمانی اوایل آبان ماه ۱۴۰۰ تا اواخر دی ماه ۱۴۰۰ بودند. (۳۲). از میان آنها ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری دردسترس و از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5) انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفره گمارش شدند. میانگین سه پژوهش پیشین حجم نمونه مورد نظر را تعیین نموده است (۲۹، ۳۰، ۳۱). تایید تشخیص اختلال افسردگی اساسی توسط کارشناس مرکز و به علاوه از طریق مصاحبه بالینی (ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) صورت پذیرفت. درمان مبتنی بر ذهنی سازی به صورت گروهی در ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای صورت پذیرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: رضایت آگاهانه از ورود به پژوهش، دامنه

می‌تواند در این آزمون کسب کند، ۳۵ و حداکثر نمره ۱۷۵ است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش‌های خارجی مورد تایید قرار گرفته است (۳۶). دواقع روایی همگرای این ابزار بر روی ۱۲۹ تن از دانشجویان سال اول روانشناسی (۵۹ مرد و ۷۰ زن) با مقیاس تجدید نظر شده احساس تنهایی راسل با مقدار ۰/۴۸. و روایی واگرای آن بر روی آن‌ها با مقیاس صمیمیت اجتماعی میلر با مقدار ۰/۵۵- در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۵. معنادار بودند. پایایی آن بر روی آن‌ها با روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفای ۰/۹۳. و با روش بازآزمایی یک ماهه ۰/۸۹. حاصل شد (۳۶). ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی این مقیاس توسط بشارت (۳۷) در نمونه‌ی ۶۲۳ نفری زنان و مردان متأهل از جمعیت عمومی (۶۶۵ زن، ۲۸۸ مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ترس از صمیمیت ۰/۹۱. محاسبه شد که بیانگر همسانی درونی رضایت بخش این مقیاس است. ضریب همبستگی بین نمره‌های ۱۱۶ نفر از شرکت‌کنندگان در پژوهش با فاصله ۲ تا ۴ هفته که در دو نوبت سنجیده شد که ضریب همبستگی پیرسون ۰/۷۴۰ و معنادار در سطح ۰/۰۰۱ به دست آمد که نشان دهنده پایایی بازآزمایی خوب مقیاس ترس از صمیمیت است (۳۷). روایی همزمان، واگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس ترس از صمیمیت توسط اجرای همزمان پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست، مقیاس رابطه رمانتیک و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ترس از صمیمیت با وابستگی رمانتیک ۰/۳۴- و با بهزیستی روان‌شناختی ۰/۴۷- محاسبه شد. ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس ترس از صمیمیت با نایمینی رمانتیک ۰/۴۵، با مشکلات زناشویی ۰/۴۸ و با درماندگی روان‌شناختی ۰/۵۱ به دست آمد که این نتایج در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند و روایی مقیاس ترس از صمیمیت را تایید کردند (۳۷). مقیاس افکار خودکشی بک: مقیاس افکار خودکشی بک یک ابزار ۱۹ سوالی است که در سال ۱۹۹۱ ساخته شد (۳۸). در این مقیاس هر سوال دارای سه گزینه است. نمره‌گذاری پرسشنامه به روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سوال صفر تا ۲ می‌باشد. مجموع نمرات شخص در این مقیاس

در دامنه صفر تا ۳۸ قرار دارد. در این مقیاس نمره ۵-۰ عدم وجود افکار خودکشی، نمره ۱۹-۶ آمادگی برای خودکشی و نمره ۲۰-۳۸ قصد اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ (همسانی درونی) و پایایی همزمان این مقیاس به ترتیب بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶/۰/۸۳ بوده است و همبستگی معناداری با مقیاس‌های افسردگی و ناامیدی بک دارد (۳۸). این مقیاس در ایران توسط انیسی و همکاران اعتباریابی شده است. پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی همزمان آن با مقیاس افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش شده است (۳۹).

شیوه اجرا به این صورت بود که بعد از هماهنگی لازم با کلینیک آگاهش و بعد از جلب رضایت نمونه‌های پژوهش، و جایگزین کردن آنها به دو گروه آزمایش و کنترل، توضیحات لازم در خصوص اهداف و کم و کیف پژوهش و ارتباط لازم با آنها صورت گرفت سپس پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد تا به تکمیل آنها اقدام نمایند. سپس پروتکل درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی بتمن وفوناگی به شیوه گروهی (۴۰) بر روی گروه آزمایش به مدت سه ماه، به تعداد ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله به صورت حضوری توسط نویسنده اول پژوهش و تحت نظارت مدیر کلینیک در کلینیک آگاهش کرج و با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی صورت گرفت. اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخله سه ماهه، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد و نتایج دو گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی زیر رعایت گردید: رضایت آگاهانه ورود به پژوهش، اصل رازداری در طول پژوهش، رضایت آگاهانه از ورود به پژوهش، در اولویت قرار دادن سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان و اینکه اگر تمایل به شرکت در مداخله و فرایند پاسخگویی به پرسشنامه‌ها نداشتند، به خواست آنها احترام گذاشته می‌شد. پس از پایان مداخله و اجرای پس‌آزمون، نتایج دو گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تجزیه و تحلیل کواریانس مکرر استفاده گردید. جدول ۱ محتوای جلسات درمانی صورت گرفته مطابق پروتکل درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی بتمن وفوناگی را نشان می‌دهد.

جدول ۱: جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مبنای پروتکل بتمن وفونگی (۴۰)

جلسات درمان	محتوای درمان
اول (ذهنی‌سازی و موضع ذهنی‌سازی یعنی چه؟)	بیان اهداف جلسات گروهی، تاکید بر حضور فعالانه اعضا در گروه، معرفی اعضای گروه و اینکه چرا به درمان ارجاع شده‌اند؟ توضیح جنبه‌های خاص، ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوء‌تعبیرها از سوی درمانگر، ارائه تکلیف خانگی
دوم (مشکل داشتن با ذهنی‌سازی یعنی چه؟)	بیان اهداف جلسه (شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران / مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری / حساسیت بین فردی) شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان ارائه تکلیف خانگی
سوم (چرا ما هیجانانی داریم و هیجانان اصلی کدامند؟)	بیان اهداف جلسه (هیجانان اصلی و اجتماعی / هیجانان اولیه و ثانویه) توصیف انواع هیجانان و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجانان، ارائه تکلیف خانگی
چهارم (ذهنی‌سازی هیجانان)	بیان اهداف جلسه (چگونگی برخورد با هیجانان و احساسات) تفسیر علامت‌های هیجانی درونی خود و دیگران / خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند / احساسات غیرذهنی‌سازی که بسیار ناراحت‌کننده هستند و چگونه آن‌ها را مدیریت کنیم / ارائه روش آرمیدگی / ارائه تکلیف خانگی.
پنجم (اهمیت روابط دلبستگی)	بیان اهداف جلسه (اهمیت روابط دلبستگی) / بحث در مورد دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی / ارائه تکلیف خانگی
ششم (دلبستگی و ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه (دلبستگی و ذهنی‌سازی) / تعارض‌های دلبستگی / ارائه تکلیف خانگی
هفتم (افسردگی اساسی چیست؟)	بیان اهداف جلسه (افسردگی اساسی چیست؟) / ارائه رویکرد آموزشی / ارائه جزوه در مورد علائم مرتبط با ترومای خیانت / ارائه تکلیف خانگی
هشتم (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه (جنبه دلبستگی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) / بیان مشخصات و اهداف اختصاصی MBT / آموزش و تمرین ذهنی‌سازی در گروه / ارائه تکلیف خانگی
نهم (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه (جنبه دلبستگی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) / اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران / ایجاد روابط دلبستگی با درمانگر و اعضای دیگر گروه / ارائه تکلیف خانگی
دهم (اضطراب، دلبستگی و ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه / ارائه آموزش در مورد اضطراب و ترس / بیان انواع اختلالات اضطرابی و راهکارهای درمانی آن‌ها و اینکه یاری شخص دیگر مولفه کلیدی در درمان است / ارائه تکلیف خانگی
یازدهم (افسردگی، دلبستگی و ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه / ارائه رویکرد آموزشی در مورد افسردگی / ارائه آموزش در مورد درمان افسردگی / بحث در مورد تفکر افسرده‌ساز / ارائه تکلیف خانگی
دوازدهم	خلاصه و نتیجه‌گیری
سیزدهم (حمایت و تایید همدلانه)	مرور بر بحث قبلی (MBT-I) / بیان اهداف جلسات گروهی / پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود / تایید همدلانه
چهاردهم و پانزدهم (شفاف‌سازی)	شفاف‌سازی مباحث مطرح شده اعضای گروه از سوی درمانگر / ترکیب مشکلات / کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن
شانزدهم (شناسای عاطفی و تمرکز عاطفی)	شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباح مطرح شده از سوی اعضای گروه
هفدهم	آموزش در جهت ذهنی‌سازی مطالب برای تسهیل اعتماد معرفتی
هجدهم و نوزدهم (ذهنی‌سازی ارتباط)	ذهنی‌سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال
بیستم	آماده‌سازی برای پایان دادن به درمان / تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه پایان درمان / پایان دادن به درمان.

یافته ها

نتایج جمعیت شناختی نشان داد که در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تا ۲۵ تا ۳۰ ساله، ۹ نفر (۶۰ درصد) ۳۱ تا ۳۵ ساله و ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) ۳۶ ساله و بالاتر بود. در گروه کنترل ۶ نفر (۴۰ درصد) تا ۲۵ تا ۳۰ ساله، ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) ۳۱ تا ۳۵ ساله و ۲ نفر (۱۳/۳۳) ۳۶ ساله و بالاتر بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش به ترتیب ۳۱/۵۳ و ۳/۷۳۹ و میانگین و انحراف معیار گروه کنترل به ترتیب ۳۳/۶۰ و ۴/۷۳۳ بود. مقایسه آماره های جمعیت شناختی نشان داد که میزان آماره t-test بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین ۲ گروه در متغیر سن برابر با $t = -1/327$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد (Sig=۰/۱۹۵) که نشان دهنده همتا بودن ۲ گروه از نظر سن می باشد. افزون بر این در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) زیر دیپلم و دیپلم، ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) لیسانس، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق لیسانس و ۱ نفر (۶/۷ درصد) دکترا و بالاتر بودند. در گروه کنترل ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) زیر دیپلم و دیپلم، ۹ نفر (۶۰ درصد) لیسانس، ۳ نفر (۲۰ درصد) فوق لیسانس و ۱ نفر (۶/۷ درصد) دکترا و بالاتر بودند. میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $\text{Chi-Square} = 0/253$ می باشد که این میزان به لحاظ

آماري معنادار نمی باشد (Sig=۰/۹۶۹) که نشان دهنده همتا بودن ۲ گروه از نظر تحصیلات می باشد. در گروه آزمایش ۱۱ نفر (۷۳/۳۳ درصد) متاهل و ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) مجرد بودند. در گروه کنترل ۱۰ نفر (۶۷/۶۷ درصد) متاهل و ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) مجرد بودند. میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های ۲ گروه در متغیر وضعیت تاهل برابر با $\text{Chi-Square} = 0/159$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد (Sig=۰/۶۹۰) که نشان دهنده همتا بودن ۲ گروه از نظر وضعیت تاهل می باشد. در گروه آزمایش ۶ نفر (۴۰ درصد) وضعیت اقتصادی ضعیف، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) وضعیت اقتصادی متوسط و ۴ نفر (۶۷/۲۶ درصد) وضعیت اقتصادی خود بودند. در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) وضعیت اقتصادی ضعیف، ۶ نفر (۴۰ درصد) وضعیت اقتصادی متوسط و ۴ نفر (۶۷/۲۶ درصد) وضعیت اقتصادی خود بودند. میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های ۲ گروه در متغیر وضعیت اقتصادی برابر با $\text{Chi-Square} = 0/182$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد (Sig=۰/۹۱۳) که نشان دهنده همتا بودن ۲ گروه از نظر وضعیت اقتصادی می باشد. در جدول ۲ یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
دلبستگی اضطرابی	پیش آزمون	۱۵/۴۰	۰/۷۳۷	۰/۹۱۰
	پس آزمون	۱۲/۹۳	۱/۵۸۰	۱/۲۶۵
دلبستگی اجتنابی	پیش آزمون	۱۵/۴۰	۰/۹۱۰	۰/۷۵۶
	پس آزمون	۱۲/۶۷	۲/۲۲۵	۰/۹۱۵
ترس از صمیمیت	پیش آزمون	۵۷/۳۳	۳/۰۳۹	۲/۵۰۷
	پس آزمون	۵۳/۰۰	۳/۹۵۲	۲/۷۴۶
افکار خودکشی	پیش آزمون	۱۵/۰۷	۰/۷۰۴	۰/۸۳۴
	پس آزمون	۱۲/۹۳	۱/۵۳۴	۰/۷۹۹

طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون shapiro-wilk استفاده شد که هر دو گروه آزمایش و کنترل مورد تأیید بود. پیش فرض همگنی واریانس ها (پس آزمون) با آزمون Levene بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی پیش فرض دیگر

(جدول ۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض توزیع

الیه طهماسبی آشتیانی و همکاران

پیش فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می باشد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

این آزمون یعنی تساوی ماتریس کوواریانس از آزمون M box استفاده شد که از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس های واریانس و کوواریانس می باشد ($F=1/325$, $P=0/231$). از آنجایی که

جدول ۳: نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون دل بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و افکار خودکشی

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۷۱۵	۱۳/۱۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۵	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۲۸۵	۱۳/۱۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۵	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۲/۵۰۷	۱۳/۱۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۵	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۰/۵۰۷	۱۳/۱۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۵	۰/۹۹۹

تاثیر نشان می دهد که ۷۱/۵ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخلات آزمایشی است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (درمان مبتنی بر ذهنی سازی) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است که نتایج آن در (جدول ۴) ارائه شده است.

نتایج (جدول ۳) بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($F=13/160$ و $Sig=0/001$) معنادار است. نتایج مویلد آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون دل بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و افکار خودکشی با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب

جدول ۴: نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره دل بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و افکار خودکشی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
دل بستگی اضطرابی	۱۹/۳۳۱	۱	۱۰/۰۳۲	۰/۰۰۴	۰/۲۹۵	۰/۸۶۰
دل بستگی اجتنابی	۲۵/۴۹۷	۱	۱۷/۱۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱۷	۰/۹۷۸
ترس از صمیمیت	۹۲/۸۴۹	۱	۴۲/۶۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۰	۰/۹۹۹
افکار خودکشی	۲۴/۰۷۶	۱	۲۶/۰۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱	۰/۹۹۸

بر ذهنی سازی باعث کاهش دل بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی باعث کاهش دل بستگی نایمن در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شد. این نتایج با یافته های بمتن و فوناسی (۱۹)، شمس و همکاران (۲۷) و حاج حسینی و همکاران (۲۸) همسو است. به علاوه در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر دل بستگی نایمن در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی می توان به پژوهش های مارتین و همکاران (۷) و بارتلومه (۸) تکیه نمود، آنها اظهار داشتند بازنمایی های منفی از خود و دیگران در افراد دارای سبک دل بستگی نایمن، آنها را در برابر افسردگی آسیب پذیر می کند؛ به عبارتی سبک دل بستگی نایمن افراد افسرده را از غیر افسرده متمایز می سازد. در واقع

چنانچه در (جدول ۴) مشاهده می شود استفاده از درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر دل بستگی نایمن اضطرابی ($F=10/032$ و $Sig=0/004$)، دل بستگی نایمن اجتنابی ($F=17/186$ و $Sig=0/001$)، ترس از صمیمیت ($F=42/649$ و $Sig=0/001$) و افکار خودکشی ($F=26/057$ و $Sig=0/001$) در مرحله پس آزمون تاثیر دارد. بر اساس نتایج (جدول ۴) استفاده از درمان مبتنی بر ذهنی سازی اثربخشی بیشتری بر روی ترس از صمیمیت (ضریب تاثیر = ۰/۶۴۰) داشته است.

بحث

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر دل بستگی نایمن، ترس از صمیمیت و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. به طور کلی نتایج نشان داد که درمان مبتنی

از آنجایی که سبک های دلبستگی، روش های مواجهه فرد با موقعیت های استرس زا را متاثر می سازد. افراد با سبک دلبستگی ایمن ضمن تصدیق موقعیت به سادگی از دیگران کمک می گیرند، اما افراد با سبک دلبستگی ناایمن در تصدیق موقعیت و جستجوی کمک با مشکل مواجهه می شوند (۵)؛ بنابراین افراد دارای دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا)، خودپنداره و تجربیات منفی بیشتری را در روابط گزارش می کنند و این به نوبه خود ناتوانی در تنظیم عواطف، هیجانات منفی و شکل گیری علائم افسردگی را به همراه دارد؛ از این رو، درمان مبتنی بر ذهنی سازی به رشد و تقویت ظرفیت ذهنی سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمانجو و بازشناسی و تجربه افکار و احساساتی می پردازد. به علاوه تجربه عمیق هیجانی می تواند از طریق کاهش بازداری، فرایندهای شناختی و برانگیختگی را نیز تنظیم کند (۱۲). بنابراین در این شیوه درمانی با افزایش ظرفیت ذهنی سازی در افراد افسرده، ظرفیت خوبی نیز برای عضوگیری رابطه ایجاد می شود، به عبارتی آن ها قادر می شوند با دیگران که مراقب و مفید هستند و می توانند در تنظیم مشترک موثر استرس و ناملایمات کمک کنند، ارتباط برقرار کنند، اما بدون ذهنی سازی قوی، مشکل در تعاملات، تقابل در روابط و احساس امنیت نمی توانند وجود داشته باشد. بنابراین این به نوبه خود ناتوانی در تنظیم هیجان، عدم درک مشترک، انزوایزینی و سرانجام شکل گیری علائم افسردگی را به همراه دارد (۱۱).

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی باعث کاهش ترس از صمیمیت در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شد. این نتایج با یافته های دمیچی اوغلو و گونکو کوزه (۱۱)، فیلیپس و همکاران (۱۳) و نریمانی و همکاران (۲۵) همسو است. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی در ترس از صمیمیت در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی می توان چنین بیان نمود درمان مبتنی بر ذهنی سازی مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریه دلبستگی بالبی و ذهنی سازی. در دو نوع مدل کارکرد درونی در نظریه اصلی بالبی، نوع دوم آن یعنی مدل کارکرد درونی دیگران، به عنوان «اجتناب از صمیمیت» مشخص می شود (۱۱). ترس از صمیمیت به سبب دلبستگی ناایمن، بر ابعاد مختلف عاطفی، شناختی و رفتاری صمیمیت تاثیر گذار است، می تواند روابط بین فردی و سلامت روان افراد را به شدت مختل کند و باعث

شود فرد از اجتماع فاصله بگیرد و افسردگی اش افزایش یابد. همچنین در زمینه مفهوم ذهنی سازی می توان اظهار داشت که ذهنی سازی به مثابه یک شکلی از تصویری است که به ما اجازه می دهد رفتار انسان را در اصطلاح حالت های ذهنی درونی (نیازها، امیال، باورها، اهداف، قصد و دلایل) درک و تفسیر کنیم در نتیجه این ظرفیت موجب افزایش عاملیت، تنظیم هیجان و خودکنترلی می شود (۲۲). لذا افزایش ظرفیت ذهنی سازی در مراحل بعدی رشد، و در نتیجه درمان می تواند موجبات افزایش تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری، افزایش خودمهارگری و بهبود روابط بین فردی و تمایل به برقراری ارتباط با دیگران شود.

شکست در ذهنی سازی به سبب تجارب آسیب زای دوران کودکی سبب می شود که افراد ظرفیت درک بالای روان شناختی، بینش نسبت به فرایندهای ذهنی خود و دیگران و خودکنترلی بر فرایندهای درونی خود-مانند راهکارهای خودمهارگری جهت تعدیل هیجاناتی مانند احساس شرم و گناه را نداشته باشند، در نتیجه افراد در روابط بین فردی همیشه گرایش به اجتناب و دوری گزینی را در پیش می گیرند و به عبارتی تمایل کمتری به ایجاد روابط نزدیک در ارتباطات بین فردی دارند، بنابراین عدم شکل گیری ذهنی سازی در افراد افسرده، می تواند از میزان صمیمیت در روابط و به تبع از میزان مهارت ها، سازگاری ارتباطی و بیان کامل احساسات بکاهد (۲۲). درمان مبتنی بر ذهنی سازی که یک رویکرد بازتابی تلقی می شود و نوعی توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است و از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی بخصوص روابط دلبستگی به دست می آید به مراجعان کمک می کند تا به سبب بهبود ظرفیت ذهنی سازی، استرس بین فردی و ترس از صمیمیت را در آنها کاهش دهد، در واقع در این روش، درمانگر با ایجاد محیط امن و صمیمانه، بازسازی دفاع های بدوی، ایجاد ظرفیت سازی، تنظیم هیجان و اتحاد درمانی را بر می انگیزد که پادزهری برای دلبستگی ناایمن و ترس از صمیمیت تلقی می شود (۲۳). لذا این افراد به سبب کسب ظرفیت ها، تاب آوری و تمایل به ایجاد روابط نزدیک و مهارت های ارتباطی را کسب نموده و به سبب تروماهای ناشی از دلبستگی های آغازین کمتر به سمت فرافکنی، تفکیک و تجارب تجزیه ای و در نتیجه دوری از روابط صمیمانه، انزوا و در نهایت افسردگی بالینی کشیده می شوند (۱۴).

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی

الیه طهماسبی آشتیانی و همکاران

و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی موثر بوده است و می‌توان از آن به عنوان روش درمانی موثر بهره برد و اما همانند سایر پژوهش‌ها در حوزه علوم انسانی این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی همراه بوده است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم انتخاب تصادفی نمونه‌ها، نبود دوره پیگیری، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها اشاره نمود، به علاوه درمان به صورت گروهی بوده و نه انفرادی و افزایش مدت زمان جلسات درمانی بیش از سه ماه مقدور نبود. در پایان ضمن تشکر از کلیه آزمودنی‌ها پیشنهاد می‌شود که طول جلسات درمانی افزایش یافته، دوره‌های پیگیری در تحقیقات آتی لحاظ گردد و اثربخشی درمان به صورت انفرادی بر روی این نوع جمعیت و سایر جمعیت‌های بالینی نیز صورت گیرد، به علاوه پیشنهاد می‌شود که اقدام به توسعه مراکز در زمینه آموزش این نوع درمان برای روانشناسان و روانپزشکان صورت گیرد، همچنین به بررسی این نوع درمان در زمینه کاربرد آن بر روی سایر اختلالات روانشناختی پرداخته شود.

سیاسگزاری

از تمامی افراد شرکت‌کنندگان در پژوهش و از حمایت و همکاری کلینیک آگاهش شهر کرج صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماییم. به علاوه برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا مورد توجه قرار گرفت.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Gao X, Leng Y, Guo Y, Yang J, Cui Q, Geng B, Hu H, Zhou Y. Association between earthquake experience and depression 37 years after the Tangshan earthquake: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2019 Aug 1; 9(8):e026110. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026110>
2. Zheng K, Chu J, Zhang X, Ding Z, Song Q, Liu Z, Peng W, Cao W, Zou T, Yi J. Psychological

باعث کاهش ایده‌پردازی خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شد. این نتایج با یافته‌های فیلیس و همکاران (۱۳)، فرانکلین و همکاران (۱۵)، اشنایدمن (۱۶) و هیز و همکاران (۱۷) همسو است. در جهت تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همانطور که بیان شد، براساس مدل رشد فونانگی و تارگت (۲۲) در بافتی که در آن والدینی امن و علاقه مند به ذهن و ذهنیت کودک حضور دارند به رشد خود و تنظیم هیجان و در نتیجه ایجاد خودی انعکاس‌گر، اندیشمند و توانمند برای ذهنی‌سازی کمک می‌کنند. در نتیجه درمان ذهنی‌سازی نیز بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی، کاهش استرس بین‌فرد، تنظیم هیجان و قدرت ایگو را به دنبال دارد، در نتیجه افراد افسرده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته مانند اسپلینینگ (دو نیمه‌سازی) که موجب جداسازی ذهن از بدن و گرایش آنها به سمت خودکشی می‌شود کمتر استفاده می‌نمایند و میزان تاب‌آوری آنها در برابر شرایط استرس‌زا بالاتر می‌رود. به عبارت دیگر اثربخشی این رویکرد در پژوهش مولمستر و همکاران (۱۸) بر یکپارچه کردن بازنمایی‌های افراطی از خود و دیگران که در نهایت منجر به احساس پایداری از انسجام خود می‌شود، نشان داده شده است، لذا می‌توان بیان نمود که انسجام خود ناشی از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مانع از استفاده از دفاع‌های سطح پایین از جمله فرافکنی جنبه‌های از خود به دیگران می‌شود و در نتیجه این مولفه باعث کاهش استفاده از دفاع‌های رشد نیافته می‌شود و لذا این مهم می‌تواند تمایل افراد به افکار خودکشی را به سبب کاهش استفاده از دفاع‌های سطح پایین، بازداری نماید.

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان اظهار داشت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش بر دل‌بستگی ناایمن، ترس از صمیمیت

resilience and daily stress mediate the effect of childhood trauma on depression. *Child Abuse & Neglect*. 2022 Mar 1; 125:105485. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105485>

3. Montazeri, A., Mousavi, S.J., Omidvari, S., Tavousi, M., Hashemi, A., & Rostami, T. Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010). *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences*, (2013). 12(6), 567-594. (Persian)

4. Sadeghirad B, Haghdoost AA, Amin-Esmaili M, Ananloo ES, Ghaeli P, Rahimi-Movaghar A, Talebian E, Pourkhandani A, Noorbala AA, Barooti E. Epidemiology of major depressive disorder in Iran: a systematic review and meta-analysis. *International journal of preventive medicine*. 2010; 1(2):81.
5. Ciocca G, Pelligrini F, Mollaioli D, Limoncin E, Sansone A, Colonnello E, Jannini EA, Fontanesi L. Hypersexual behavior and attachment styles in a non-clinical sample: The mediation role of depression and post-traumatic stress symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 2021 Oct 1; 293:399-405. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.064>
6. Carnelley KB, Pietromonaco PR, Jaffe K: Depression, working models of others and relationship functioning. *J Pers Soc Psychol* 1994; 66: 127-140. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.1.127>
7. Martin AD, Mathes BM, Schmidt NB. Fear of intimacy and hoarding symptoms: The mediating role of object attachment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2022 Jan 1; 32:100702. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100702>
8. Bartholomew K: Adult attachment processes: Individual and couple perspectives. *Psychol Psychother* 1997; 70: 249-263. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01903.x>
9. Bowlby J. *Attachment and Loss: Separation*, Vol. 2 New York. NY: Basic Books [Google Scholar]. 1973.
10. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*. 1991 Aug; 61(2):226. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
11. Demircioğlu ZI, Göncü Köse A. Effects of attachment styles, dark triad, rejection sensitivity, and relationship satisfaction on social media addiction: A mediated model. *Current Psychology*. 2021 Jan; 40(1):414-28. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9956-x>
12. Ahmadi F, Vatankhah Amjad F. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) (in symptoms depression, anxiety, posttraumatic stress and guilt felling in Bereaved people from the disease COVID-19. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2021 Nov 10; 10(3):69-81.
13. Phillips TM, Wilmoth JD, Wall SK, Peterson DJ, Buckley R, Phillips LE. Recollected parental care and fear of intimacy in emerging adults. *The Family Journal*. 2013 Jul; 21(3):335-41. <https://doi.org/10.1177/1066480713476848>
14. Abbass A. The emergence of psychodynamic psychotherapy for treatment resistant patients: intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*. 2016; 44:245-280. <https://doi.org/10.1521/pdps.2016.44.2.245>
15. Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin*, 143(2), 187. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
16. Shneidman ES. *The suicidal mind*. Oxford University Press, USA; 1998.
17. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press; 2011.
18. De Meulemeester C, Lowyck B, Vermote R, Verhaest Y, Luyten P. Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. *Psychiatry Research*. 2017 Dec 1; 258:141-4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.061>
19. Bateman A, Fonagy P. Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2013 Sep; 203(3):221-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121129>
20. De Oliveira C, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Mentalization based treatment and borderline personality disorder. *L'encephale*. 2016 Jul 16; 43(4):340-5. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.02.020>
21. Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N, Gardner T, Fonagy P. A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC psychiatry*. 2016 Dec; 16(1):1-1. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1000-9>
22. Fonagy P, Target M. Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International journal of psycho-*

- analysis. 1996; 77:217-33.
23. Ahmadi, F., Goodarzi, M., Kazemi rezaei, S. The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in dissociative experiences, object relations and delayed reward discounting in patients with substance use disorders and addiction.. *Journal of Clinical Psychology*, 2021; 13(1): 65-78. [Persian].
 24. Einy S. Comparing the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Cognitive-Analytic Therapy on Ego Strength and Defense Mechanisms in People with Borderline Personality Disorder. *The Horizon of Medical Sciences*. 2019 Oct 10; 25(4):324-39. [Persian] <https://doi.org/10.32598/hms.25.4.324>
 25. Narimani M, Atadokht A, Basharpour S, Movahhed FS. Effectiveness of mentalization based therapy and cognitive-analytical therapy on improved object relationship of people with borderline personality disorder: a comparison. *Payesh (Health Monitor)*. 2018 Jun 15; 17(3):275-87. [Persian]
 26. Basharpour S, Einy S. The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Emotional Dysregulation and Impulsivity in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2020 Jun 10; 8(3):10-9. [Persian]. <https://doi.org/10.29252/shefa.8.3.10>
 27. Shams S, Ghelichkhan N, yousefi N, alijani S. 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. *IJPN*. 2022; 10 (1)
 28. Hajmohamad hosini, T., Mirzahoseini, H., Zarghamhajebi, M. A Comparison of the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy (MBT) and Affect Phobia Therapy (APT) in Reducing Depressive Symptoms in Women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Applied Family Therapy*, 2022; 3(1): 21-36.
 29. Jafarnia, V., Badeleh, M., Seifi, H., Hasani, J., Madanifar, M. The effect of group cognitive behavioral therapy on depression and life expectancy in patients with hepatitis B. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2016; 18(5): 272-278.
 30. Sattarpour F, Ahmadi E, Sadegzadeh S. Effect of mindfulness training on reduction of depressive symptoms among students. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2015 Sep 10; 17(3):81-8.
 31. Abdi Sarkami, F., Mirzaian, B., Abbasi, G. The Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Emotion Efficacy Therapy on Depression and Self-Care in Non-Clinical Depressed Elderly. *Aging Psychology*, 2020; 6(3): 283-269.
 32. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. 1987 Mar; 52(3):511. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
 33. Besharat M. Standardization of adult attachment scale. Tehran University, 2005.
 34. Collins NL, Read S. Cognitive representations of attachment: the structure and function of attachment models. *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships*. London: Kingsley. 1994.
 35. Divandari H. The young schema questionnaire-short form (SQ-SF): investigation psychometric properties and factor structure between students in Islamic Azad University, Kashmar Branch. *Educational researches*. 2009 Oct 23; 5(20):1-29.
 36. Descutner CJ, Thelen MH. Development and validation of a Fear-of-Intimacy Scale. *Psychological assessment: A journal of consulting and clinical psychology*. 1991 Jun; 3(2):218. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.2.218>
 37. Besharat, M. Fear of Intimacy Scale: Questionnaire, Instruction and Scoring. , 2019; 16 (61): 109-112.
 38. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1991; 63.
 39. Anisi J. [Assess the reliability and validity of the Beck Scale for Suicidal Ideation soldiers]. *J Mil Med*. 2005; 7(1).
 40. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide. Oxford University Press; 2016. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>