

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۳۰

خلاصه

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

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

نتایج: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مشکلات بین فردی ($F=۰/۶۵$; $P<۰/۰۰۱$ ؛ $\eta^2=۰/۶۵$) و ناگویی هیجانی ($F=۵۹/۵۷$ ؛ $P<۰/۰۰۱$ ؛ $\eta^2=۰/۶۰$) افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار دارد.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های حاصل از پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر ذهنی سازی با بهره گیری از آموزش مهارت ها و نگرش های بهنجار، تقویت انعطاف پذیری و مقابله با استرس، افزایش ظرفیت ارتباطی، پذیرا بودن نسبت به دیدگاه دیگران و ایجاد ذهنیت موفق می تواند به عنوان درمانی کارآمد در جهت کاهش مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مورد استفاده قرار داد.

کلمات کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، مشکلات بین فردی، ناگویی هیجانی

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

مژگان سلطانی^۱
فرح نادری^{۲*}
پرویز عسگری^۲
وحید نجاتی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روان شناسی کودکان استثنایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

^۲ استاد گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

^۳ دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

Email: naderi@iauhvaz.ac.ir

^۱ . مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی رشته روان شناسی بالینی نویسنده اول پژوهش است.

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱ نشانگان عصب روان‌شناختی پیچیده‌ای است که در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، طبقه تشخیصی مستقلی را تشکیل می‌دهد (رابل^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). در این اختلال فرد به طور دائم درباره رویدادهای آینده نگران است و از آنها می‌ترسد، موضوعی که به نگرانی مزمن و بیمارگون درباره رویدادها منجر می‌شود. نگرانی یک فرآیند شناختی است که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به راهبردی برای کشف و کنار آمدن با خطر تهدید کننده تبدیل می‌شود (پروبت^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). تنش عضلانی مزمن، آشفتگی خواب و انواع نشانه‌های جسمانی دیگر نیز ایجاد می‌شوند. اغلب این افراد درجاتی از تخریب عملکرد را در دامنه‌ای از تمرکز در کار تا خستگی از روابط بین فردی تحمل می‌کنند. آشفتگی ذهنی شدید و دلواپسی دائمی در مورد نگرانی و نشانه‌های اضطرابی مزمن نیز به همان اندازه شایع هستند (ژیانو^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته در آمریکا نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب فراگیر در بزرگسالان حدود ۲/۹ درصد و در کودکان و نوجوانان تقریباً ۰/۸ درصد است. نرخ شیوع ۱۲ ماهه در سایر کشورها بین ۰/۴ تا ۳/۶ درصد است. این اختلال در زنان دو برابر بیشتر از مردان مشاهده می‌شود (اوزیسیک و کیراز^۶، ۲۰۲۳). بیماران مبتلا به اختلال اضطراب و اضطراب فراگیر ناهنجاری‌های شناختی دارند که باعث از بین رفتن توانایی آنها برای ارتباط مؤثر با نشانه‌های همراه با اختلال اضطراب فراگیر و دیگر جنبه‌های محیط می‌شود (رابل و همکاران، ۲۰۲۴). بر این اساس اکثر پژوهش‌های همه گیرشناسی در ایران اختلال اضطراب فراگیر را به عنوان شایع‌ترین اختلال اضطرابی مطرح کرده‌اند و در برخی پژوهش‌های دیگر این اختلال نه تنها شایع‌ترین اختلال اضطرابی، بلکه در بین سایر اختلال‌های روان‌شناختی، این اختلال به عنوان

یکی از مهم‌ترین اختلال‌های ناتوان کننده برای بزرگسالان مطرح شده است (قادری و همکاران، ۱۴۰۰).

از تأثیرات منفی اختلال اضطراب فراگیر، می‌توان به اضطراب در ارتباط و مشکلات بین فردی^۷ اشاره کرد (شین و نیومن^۸، ۲۰۱۹). روابط بین فردی مجموعه‌ای از واکنش‌های عاطفی و شناختی افراد در مقابل وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی خود است (اسچوارتز^۹ و همکاران، ۲۰۱۷). بر اساس نظریه بین فردی سالیوان روابط میان فردی سالم به ایجاد و حفظ شخصیت سالم کمک می‌کند و روابط بین فردی ناسالم، به شخصیت انسان‌ها آسیب می‌رساند و نیز ارتباط ضعیف از جمله منابع عمده‌ای است که بین افراد تعارض ایجاد می‌کند و به نظر می‌رسد که ریشه بسیاری از مشکلات و ناسازگاری‌ها است (شفیعی، رضایی و صادقی، ۱۳۹۹). روابط صمیمانه با دیگران از درگیرکننده‌ترین تجارب زندگی است. عاشق شدن، داشتن دوستانی خوب، رابطه‌ی خوب با والدین و فرزندان برای همه بسیار حائز اهمیت‌اند. اکثر مردم داشتن روابط خوب با دیگران را برای خوشحالی خویش تقریباً از هرچیز دیگری ضروری‌تر می‌دانند (لی، ژو و شی^{۱۰}، ۲۰۲۴). نتایج پژوهش‌های متفاوت نشان می‌دهد که تجربه دشواری‌های بین-فردی برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر نتایج منفی مانند افسردگی، تلاش‌های خودکشی، مصرف مواد و افت عملکرد شغلی و بیکاری در پی دارد (ارجایی، کرمی‌نیا و احمدی‌طهور سلطانی، ۱۳۹۸). مشکلات بین فردی، مشکلاتی هستند که در ارتباط با دیگران تجربه می‌شوند و موجب آشفتگی روانی می‌شوند یا با این دسته از آشفتگی‌ها در ارتباط قرار می‌گیرند (گائو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴). مشکلات بین فردی را به سادگی می‌توان این گونه تعریف کرد: مشکلات تکراری در حوزه روابط بین فردی. این مشکلات برای مدت زمان طولانی ادامه پیدا کرده‌اند، تکرار می‌شوند و به نظر می‌رسد الگویی تکراری و آشنا بر این روابط

6. Ozisik, Kiraz

7. interpersonal problems

8. Solbakken

9. Schwartz

10. Li, Zhu, Shi

11. Guo

1. Generalized Anxiety Disorder

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

3. Rubel

4. Probst

5. Xiao

حاکم است (تیروسکلی، تروی و سایلر^۱، ۲۰۱۹). همچنین وجود مشکلات در روابط و همکاری با دیگران و عدم استفاده از راهبردهای موثر حل مسئله و عدم مقابله کارآمد با مشکلات زندگی می‌باشد (پورسلی، کوخ و مندل^۲، ۲۰۲۳). اختلال اضطراب فراگیر با ایجاد آسیب در پردازش شناختی و هیجانی مبتلایان سبب می‌شود تا آنان دچار ناگویی هیجانی^۳ شوند (روزبهرانی، سوزنیان کاشانی و افتخاری، ۱۳۹۷؛ بشارت، حافظی، رنجبرشیرازی و رنجبری، ۱۳۹۷). ناگویی هیجانی به شناخت محدود از حالات هیجانی خود و دیگران اشاره دارد. افرادی که با این صفت توصیف می‌شوند بین جنبه‌های شناختی و تجربی هیجان با جنبه‌های بیانی، رفتاری و نوروفیزیولوژیک آن یکپارچگی اندکی ایجاد می‌کنند (کنانگیل، دمیر، تار و دوماک^۴، ۲۰۲۱). این ویژگی با هیجان نامنظم و نهایتاً در بعضی موارد با بیماری روانی و فیزیکی ارتباط دارد. این سازه شامل دشواری در تشخیص احساسات^۵، دشواری در بیان و توصیف احساسات^۶ و تفکر برون‌مدار^۷ است (اووید^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). این مشخصه‌ها که سازه ناگویی هیجانی را تشکیل می‌دهند، بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات است (چالاه و آلاچ^۹، ۲۰۱۷). به نظر می‌رسد در این حالت فرد نمی‌تواند احساسات خود را ابراز کند، چون از حالت خلقی و هیجانی خود آگاهی ندارد (لیورز، مایر، نیدهام و ثوربرگ^{۱۰}، ۲۰۱۹). در نتیجه در فرد تنشی به وجود می‌آید که می‌تواند وی را در برابر آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی آسیب‌پذیر نماید (داوود^{۱۱}، ۲۰۱۷).

ابتلا به این اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان عامل خطر در سبب-شناسی برخی اختلالات مانند افسردگی و مصرف الکل نقش مهمی دارد، از این‌رو تشخیص و درمان به‌موقع این اختلال اهمیت بسزایی دارد (گونکا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از روش‌های درمانی روان‌شناختی جدید که کارآیی بالینی مناسبی دارد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی^{۱۳} است. چنانکه نتایج پژوهش پژوهش طهماسبی آشتیان و همکاران (۱۴۰۱)؛ حاج محمدحسینی، میرزاحسینی و ضرغام حاجبی (۱۴۰۰)؛ کریمی و همکاران (۱۳۹۹)؛ محمدی و همکاران (۱۳۹۹)؛ بشرپور و عینی (۱۳۹۹)؛ اسمیتس^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۴)؛ پیچیاتا^{۱۵} و همکاران (۲۰۲۳)؛ لوانتر، واترز و هابسون^{۱۶} (۲۰۲۳)؛ استنمایر^{۱۷} و همکاران (۲۰۲۱)؛ مالبرگ^{۱۸} (۲۰۲۱)؛ پولنای^{۱۹} و همکاران (۲۰۲۱)؛ سیمونس^{۲۰} و همکاران (۲۰۲۱) و یورگنسن^{۲۱} و همکاران (۲۰۲۱) نشان دهنده کارآیی بالینی و کاربردی آن است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به عنوان شاخه‌ای از روان‌درمانی روان‌پوشی به شمار می‌رود که نخستین بار توسط بتمن و فوناگی^{۲۲} (۲۰۱۶) تدوین و معرفی شد. این درمان دو مفهوم اصلی و بنیادی را در خود جای داده است. نخست نظریه دلبستگی بالبی و دوم ذهنی‌سازی. ظرفیت ذهنی‌سازی که به عنوان یک کارکرد بازتابی از آن نام برده می‌شود، را می‌توان در قالب مهارت ادراک حالات ذهنی خود و دیگران مفهوم‌پردازی نمود. این فرایند از طریق شکل‌گیری روابط بین‌فردی در زمان کودکی به خصوص در چرخه تحول دلبستگی به دست می‌آید و به عنوان زیربنای رفتارهای آشکار از آن نام برده

12. Goenka

13. mentalization based treatment

14. Smits

15. Pischiutta

16. Lavender, Waters, Hobson

17. Steinmair

18. Malberg

19. Polnay

20. Simonsen

21. Jørgensen

22. Batman, Fonagy

1. Triscoli, Croy, Sailer

2. Porcelli, Koch, Mendle

3. Alexitimia

4. Kenangil, Demir, Tur, Domac

5. Difficulty in Identifying feelings

6. Difficulty in describing feelings

7. Externally oriented thinking

8. Obeid

9. Chalah, Ayache

10. Lyvers, Mayer, Needham, Thorberg

11. Davyod

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه یک شهر تهران در سه ماهه پاییز سال ۱۴۰۲ بودند. این پژوهش در مراکز مشاوره ویان و نیوند سعادت آباد واقع در منطقه یک شهر تهران انجام شد. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با علائم اختلال اضطراب فراگیر به مراکز مشاوره ویان و نیوند سعادت آباد مراجعه کرده بودند مورد شناسایی قرار گرفتند. این دو مرکز به شکل تخصصی به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر خدمات ارائه می‌دهد. سپس به این افراد پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر نیز ارائه شد. پس از پاسخدهی افرادی که نمره بالاتر از ۱۱ در این پرسشنامه کسب نمودند، مشخص و مورد مصاحبه بالینی بر اساس پنج‌مین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی قرار گرفتند. در گام بعد تعداد ۴۰ نفر از این افراد که دارای اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده شدند، انتخاب و به شکل تصادفی به شیوه قرعه‌کشی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاضر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را به صورت هفته‌ای یک جلسه دریافت نمودند. این در حالی بود که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاضر در گروه گواه مداخله حاضر (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت این درمان بودند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج، مرحله پیگیری نیز دو ماه بعد اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۳ نفر در گروه آزمایش و ۳ نفر در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۴

می‌شود (سیمونسن و همکاران، ۲۰۲۱). لیبرمن^۱ (۲۰۱۷) به عنوان یکی از نظریه‌پردازان موثر در حوزه این درمان، چهار بعد ذهنی‌سازی اتوماتیک در برابر کنترل شده، ذهنی‌سازی خود در مقابل مقابل دیگران، ذهنی‌سازی خصوصیات درونی در مقابل خصوصیات بیرونی و ذهنی‌سازی شناختی در مقابل عاطفی را برای ذهنی‌سازی شناسایی کرد. هدف این درمان شکل‌دهی ظرفیت ذهنی‌سازی از مسیر رابطه‌های درمانی و گسترش ظرفیت درمان‌جو برای بازشناسی افکار، احساس‌ها و هیجان‌هایی است که تجربه می‌کند (اولیور و همکاران، ۲۰۱۸). در ضرورت انجام این پژوهش باید گفت اختلال اضطراب فراگیر هزینه‌های گزافی برای جامعه و خانواده تحمیل می‌کند. شیوع بالای اختلال اضطراب فراگیر و سیر مزمن این بیماری سبب شده است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به سایر اختلالات اضطرابی، بیشترین مراجعه را به مراکز بهداشتی - درمانی و خدمات بهداشت روانی داشته باشند. حدود ۵۷ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر قبل از رجوع به متخصصان حوزه بهداشت روانی به مراکز بهداشتی-درمانی، از جمله پزشکان عمومی (۷۸ درصد از این میزان) و متخصصان قلب و داخلی (۶۵ درصد از این میزان) مراجعه می‌کنند و کمتر از ۱۰ درصد، درمان‌های روان‌شناختی موثر یا روان‌پزشکی را دریافت می‌کنند که این روند ضرورت بکارگیری مداخلات روان‌شناختی کارآمد برای این افراد را برجسته می‌سازد. علاوه بر هزینه‌های بهداشتی و مراقبتی، این اختلال روان‌شناختی هزینه‌های غیرمستقیم (افت عملکرد) نیز برای فرد مبتلا در پی دارد که در مقایسه با سایر اختلالات بیشترین میزان را به خود اختصاص می‌دهد. چنانکه در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، آمار بیکاری بالا، درآمد سالانه پایین، نرخ طلاق و کیفیت زندگی پایین به چشم می‌خورد. بنابراین نیاز است که به این قشر از افراد جامعه توجه بالینی دقیق و روشکافانه‌ای صورت پذیرد. حال با توجه به خلا پژوهشی موجود (عدم انجام پژوهشی مشابه) و ضرورت توجه به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی

². Oliveira, Etall

¹. Lieberman

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

ابزارهای سنجش

پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GADQ):^۱ پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر^۲ و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده و دارای ۷ سؤال است که هر یک از سؤالات به بررسی مشکلات روانی آزمودنی در ۲ هفته گذشته می‌پردازد. گزینه‌ها به صورت هیچ وقت، چندروز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می‌باشد. کسب نمرات بالاتر از ۱۱ نشان دهنده وجود اختلال اضطراب فراگیر در افراد است. اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) با استفاده از تحلیل عاملی از یک مقیاس ۱۵ سوالی، ۲ عامل استخراج کردند که ۸ سوال آن مربوط به افسردگی بوده و منجر به ساخت پرسشنامه سلامت بیمار^۳ گردیده و ۷ سوال دیگر مربوط به اضطراب بوده و منجر به ساخت پرسشنامه اضطراب فراگیر گردیده است. آنها همچنین ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی مقیاس را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند. اعتبار همگرایی پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب^۴، چک لیست نشانه‌های روانی^۵ و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت^۶ مورد بررسی قرار گرفته

است. ضریب همبستگی نمره مقیاس اضطراب فراگیر با پرسشنامه‌های اضطراب ۰/۷۲، چک لیست نشانه‌های روانی ۰/۷۴ و پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت ۰/۷۵ بدست آمده است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی نتایج تحلیل عاملی اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد بود (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰). ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر با پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر^۷ ۰/۷۱ (برای حالت) و ۰/۵۲ (برای صفت) و با خرده مقیاس اضطراب ۱۲ ماده‌ای از چک لیست نشانه‌های بالینی ۰/۶۳ بدست آمده است. ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر و بعد سلامت روانی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت عمومی ۰/۲۸- بدست آمد (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین میزان پایایی پرسشنامه نیز با بهره برده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد (نائینیان و همکاران، ۱۳۹۰). پایایی پرسشنامه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه ناگوی هیجانی (AQ):^۸ پرسشنامه ناگوی هیجانی توسط بگبی، پارکر و تیلور^۹ (۱۹۹۴) ساخته شده و یک پرسشنامه خودسنجی است که دارای ۲۰ سوال و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر معطوف به بیرون (۸ ماده) است. نحوه نمره گذاری به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده ناگوی هیجانی بیشتر است. بشارت (۱۳۸۶) نسخه فارسی مقیاس ناگوی هیجانی تورنتو را تهیه و ضرایب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۵ و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی هیجان‌ها، دشواری در توصیف هیجان‌ها و جهت‌گیری بیرونی در تفکر را

6. Health background questionnaire

7. Spielberger state-trait anxiety questionnaire

8. Alexitimia Questionnaire

9. Bagby, Parker, Taylor

1. General Anxiety Disorder Questionnaire

2. Spitzer

3. Patient Health Questionnaire

4. Anxiety questionnaire

5. Psychological symptoms checklist

به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی^۱ مقیاس نیز در نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای ناگویی هیجانی کل و زیر مقیاس‌های آن تایید شده است (حاتمی، خورشیدی، بهرامی، رحیمی و حاتمی، ۱۳۹۲). سوالات ۴، ۵، ۱۰، ۱۸، ۱۹، نمره‌گذاری معکوس دارند. هر چه افراد نمراتشان در این خرده مقیاس‌ها بیشتر باشد نشان‌دهنده شدت بیشتر ناگویی هیجانی است. قربانی و همکاران (۲۰۰۲)؛ به نقل از شاه‌قلیان، مرادی و کافی، ۱۳۸۶) آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه ایرانی برای دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴ برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۷۵ و برای تفکر معطوف به بیرون ۰/۷۶ به دست آورده‌اند. محمد (۱۳۸۰)؛ به نقل از شاه‌قلیان و همکاران، ۱۳۸۶) اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دو نیمه کردن و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و روایی مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش صباغی و مهدی‌زادگان (۱۳۹۹) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و برای تفکر معطوف به بیرون به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۴ و ۰/۷۹ و برای نمره کل ناگویی هیجانی ۰/۷۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد.

پرسشنامه مشکلات بین فردی (IPQ): پرسشنامه مشکلات بین فردی یک ابزار خودگزارش‌دهی است که گویه‌های آن در رابطه با مشکلاتی است که افراد به طور معمول در روابط بین فردی تجربه می‌کنند. این پرسشنامه در اصل ۳۲ گزینه دارد که بارخام، هاردی و استارتاپ^۳ (۱۹۹۶) آنرا طراحی نموده‌اند که در هنجاریابی ایرانی پرسشنامه آن به ۲۹ سؤال تحلیل یافت. پرسشنامه دارای شش زیرمقیاس هستند که عبارتند از صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت‌گری، مشارکت و وابستگی. پاسخگویی به سوالات این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره صفر) تا

کاملاً موافقم (نمره ۴) صورت می‌گیرد. دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۱۱۶ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده وجود مشکلات بین فردی بیشتر است. در پژوهش بارخام، هاردی و استارتاپ (۱۹۹۶) میزان پایایی این پرسشنامه ۰/۸۱ و میزان روایی محتوایی آن مطلوب گزارش شده است. در ایران این پرسشنامه توسط فتح و همکاران (۱۳۹۲) هنجاریابی شده است. آنها روایی و پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ بررسی نمودند. گشودگی ۰/۶۳، در نظر گرفتن دیگران ۰/۶۰، پرخاشگری ۰/۸۳، حمایت‌گری ۰/۷۱، مشارکت و وابستگی ۰/۶۳ و کل مقیاس ۰/۸۲ بدست آمد. در پژوهش این پژوهشگران روایی همگرایی بین این آزمون و آزمون الکسی تایمیا مثبت و معنادار بود. همچنین روایی سازه وجود عامل فوق را تأیید نمود و در نهایت ۲۹ سؤال را از ۳۲ سؤال تأیید کرد. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم از طرف مراکز مشاوره مربوطه (مراکز مشاوره ویان و نیوند) و انجام فرایند نمونه‌گیری در جهت انتخاب افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، افراد انتخاب شده (۴۰ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۲۰ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در گروه آزمایش و ۲۰ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در گروه گواه). این افراد هنوز وارد جلسات درمانی مراکز مشاوره نشده بودند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاضر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را در ۸ جلسه طی هشت هفته به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاضر در گروه گواه مداخله حاضر را در طول پژوهش دریافت نکردند. لازم به ذکر است که جلسه‌های درمان توسط پژوهشگر و یک متخصص روان‌شناسی بالینی اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۳ نفر در گروه آزمایش و ۳ نفر در گروه

3. Barkhan, Hardy, startup

1. Test – retest reliability

2. Interpersonal Problems Questionnaire

گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۴ فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در پژوهش باقی ماندند (۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه گواه). پروتکل درمان مبتنی بر ذهنی سازی برگرفته از پروتکل بلبرگ^۱ (۲۰۱۳) بود که در پژوهش طهماسبی آشتیانی و همکاران (۱۴۰۱) از آن استفاده شده و کارآیی آن مورد تایید واقع شده بود. به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای شرکت در برنامه مداخله اخذ و تمامی

مراحل مداخله اطلاع رسانی شد. همچنین به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، درمان مبتنی بر ذهنی سازی را به شکل رایگان دریافت خواهند کرد. همچنین به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر حاضر در هر دو گروه آزمایش و گواه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد بود و نیازی به ذکر نام نخواهد بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی (بلبرگ، ۲۰۱۳؛ به نقل از طهماسبی آشتیانی و همکاران، ۱۳۹۹)

جلسات	خلاصه جلسه
اول	توضیح جلسه ها، اهداف و سیر درمان، تعهد در درمان، طرح مسئله، روشن سازی مسئله، تشخیص نشانه های آسیب به خود و میزان شدت نشانه ها، بررسی ظرفیت ذهنیت سازی با بررسی ذهنیت خود کار، تحریک پذیری، فشار و استرس. بررسی نقاط قوت ذهنیت سازی و آسیب پذیری و زمینه های احساسی و بین فردی که در آن مشکلات ذهنیت سازی ظاهر می شوند.
دوم	بازسازی، وساطت، امید، مشارکت، آموزش مهارت ها و نگرش های درگیر در ذهنیت سازی مانند کنجکاوی، پذیرا بودن، وساطت و امید، تقویت انعطاف پذیری و مقابله با استرس.
سوم	اصلاح نشانه ها و علائم اختلال اضطراب فراگیر از طریق آموزش مهارت های مقابله با درگیری و احساس های آسیب پذیر، مقابله با ذهنیت خود کار، تمرین مدیریت سازگاران هیجان های کنترل ناپذیر.
چهارم	حفظ و نگهداری اتحاد، همکاری و ذهنیت سازی شخص، خانواده و گروه، بررسی عملکرد خانوادگی، شناسایی عوامل استرس زا در خانواده و توانایی ذهنیت سازی خانواده در ارتباط با وضع عاطفی با به چالش کشیدن آن، تمرین ذهنیت سازی از طریق تقویت صمیمیت، اعتماد، همدلی، حمایت و درک در گروه و خانواده.
پنجم	مدیریت شکست ذهنیت سازی و انتقال متقابل، تمرین درک افکار و احساس های خود و خانواده و دیگران. شناخت و مقابله با نشانه های اضطراب و افسردگی، اکتشاف تجربه درمانجو در روابط فعلی با درمانگر، تشخیص احساس ها و افکار و تعامل های مرتبط با این احساس ها، مشارکت درمانگر در ایجاد یک دیدگاه جایگزین ناشی از رابطه درمانی.
ششم	یکپارچه سازی دیدگاه شخص، خانواده و گروه، افزایش ظرفیت ارتباطی باز و پذیرا بودن نسبت به دیدگاه دیگران، علاقه و احترام به افکار و احساس های دیگران، تمایل به کشف و تمایل نداشتن به پیش بینی یا پیشگیری از تعصب درباره آنچه دیگران فکر یا احساس می کنند. آگاهی از تأثیر افکار، احساس ها و اعمال شخص بر دیگران.
هفتم	تمرین ذهنیت سازی با به چالش کشیدن اوضاع عاطفی و بین فردی، ایجاد ذهنیت سازی موفق با درگیر کردن ذهن فرد در موقعیت های چالش انگیز. ایجاد تعادل بین جنبه های مختلف ذهنی مثل خود کار و کنترل شده، عاطفه و شناخت، خود و دیگران. تقویت حمایت خانوادگی و بین فردی مبتنی بر ذهنیت سازی و نزدیکی عاطفی.
هشتم	برنامه ریزی برای حفظ ذهنیت سازی و تحریک توانبخشی و تغییر، تقویت توانایی های روان شناختی برای بهره گیری از ظرفیت ذهنی سازی، تحریک زندگی غنی و مؤثر، تقویت مهارت های تفسیری و شنیداری پیشرفته و اعتقاد به تغییر پذیری.

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

یافته‌ها

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

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

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیری که در گروه آزمایش حضور داشته و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را دریافت نموده‌اند، نسبت به گروه گواه کاهش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای مشکلات بین فردی ($F=0/12$; $P=0/20$) و ناگویی

هیجانی ($F=0/10$; $P=0/20$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر مشکلات بین فردی ($F=0/63$; $P=0/19$) و ناگویی هیجانی ($F=0/32$; $P=0/35$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون مولی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کروییت داده‌ها در متغیرهای مشکلات بین فردی ($Mauchlys W=0/92$; $P=0/47$) و ناگویی هیجانی ($Mauchlys W=0/95$; $P=0/68$) رعایت شده است.

4. Mixed variance analysis

5. Bonferroni follow-up test

1. Shapiro-Wilk test

2. Levine test

3. Mauchly's Test

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

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

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

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

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

تعقیبی بونفرنی

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

ناگویی			پیگیری	۳/۹۷	۰/۷۶	۰/۰۰۱
هیجانی	پس آزمون	پیش آزمون		-۴/۷۳	۰/۹۳	۰/۰۰۱
			پیگیری	-۰/۷۶	۰/۳۴	۰/۰۹

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

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معنادار داشته و توانسته مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را کاهش دهد. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مشکلات بین فردی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر چنانکه طهماسبی آشتیانی و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به کاهش دل‌بستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شده است. همچنین بشرپور و عینی (۱۳۹۹) گزارش کردند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به کاهش بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌شود. از طرفی پیچیاتا و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به بهبود مهارت‌های هیجانی

نوجوانان بیمار می‌شود. علاوه بر این یافته حاضر با نتایج پژوهش یورگنسن و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود پردازش هیجانی و کاهش نشخوار فکری نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی همسو بود. این در حالی بود که تحقیق ناهمسویی مبنی بر عدم اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مولفه‌های روانی، شناختی، رفتاری و اجتماعی افراد یافت نشد.

در تبیین احتمالی یافته حاضر مبنی بر اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مشکلات بین فردی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی یک موضع ندانستن ارائه می‌دهد که پایه‌ای برای کاوش دیدگاه فرد است؛ یعنی با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین بیمار و درمانگر تجربه بیمار در این مورد که او تنها نیست، افزایش می‌یابد و نشان می‌دهد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویا بودن مفید باشد (باتمن و فوناکی، ۲۰۱۶). بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند باعث کاهش بیگانگی در فرد شود. تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان، زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بتوانند تعامل بین فردی سازگارانه‌تر و بیشتری را با اعضای خانواده و دوستان خود برقرار نموده و بر این اساس آشتی‌های شناختی و روانی کمتری را نیز از خود نشان داده و از این طریق، میزان مشکلات بین فردی آنان نیز کاهش یابد. علاوه بر این باید اشاره نمود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی سبب می‌شود تا افراد آموزش دیده به ذهنیت‌سازی موفق در جهت درگیر شدن ذهن در موقعیت‌های چالش‌انگیز دست یابند (استنمایر و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس چنین توانایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌آموزند که از موقعیت‌های چالش‌برانگیز فرار نکرده و با بهره‌گیری از تاب‌آوری و تحمل روانی با این شرایط مواجه شوند. افزایش توان درونی و قدرت مقابله‌ای در این افراد نیز با

ادراک بالاتر مهارت درون و بین فردی همراه است که زمینه را برای کاهش مشکلات بین فردی فراهم می‌سازد. در تبیین دیگر می‌بایست به نقش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در تقویت حمایت خانوادگی و بین فردی و ایجاد نزدیکی عاطفی اشاره نمود. چرا که این درمان قادر است با افزایش توان ذهنیت‌سازی، نزدیکی عاطفی و هیجانی افراد خانواده را فراهم نموده و سبب شود تا کیفیت ارتباط آنان نیز با هم افزایش یابد. نتیجه چنین روندی باعث می‌شود تا افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر احساس قربت هیجانی بیشتری با اعضای خانواده خود ادراک نموده و بتوانند پردازش‌های هیجانی خود را با آنان به اشتراک گذارند. بروز و ابرازگری هیجانی نیز به شکل طبیعی منجر به شکل‌گیری حلقه حمایتی از افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شده و از این طریق می‌توان درگیری فکری کمتری و در نتیجه مشکلات بین فردی کاهش یافته‌تری را در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مشاهده نمود.

یافته دوم پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است. یافته حاضر با نتایج پژوهش‌های پیشین همسویی داشت. چنانکه کریمی و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند که الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت روابط خانواده و رفتار آسیب به خود در نوجوانان دختر اثر دارد. همچنین محمدی و همکاران (۱۳۹۹) دریافتند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی اثربخش است. حاج محمدحسینی، میرزاحسینی و ضرغام حاجبی (۱۴۰۰) نیز گزارش کردند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی می‌شود. از طرفی لوانتر، واترز و هابسون (۲۰۲۳) هم نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (از طرف والدین) بر کاهش مشکلات رفتاری و نگرانی فرزندان اثر دارد. علاوه بر این نتایج پژوهش حاضر با کاوش استنمایر و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود عملکرد ذهن‌خوانی افراد؛ و با گزارش مالبرگ (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر

ذهنی‌سازی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان و کاهش نگرانی والدین دارای کودکان مبتلا به اتیسم همسو بود. این در حالی بود که تحقیق ناهمسویی مبنی بر عدم اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مولفه‌های روانی، شناختی، رفتاری و اجتماعی افراد یافت نشد.

در تبیین احتمالی یافته حاضر مبنی بر اثر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دلیل مشکلات روانی، ارتباطی و اجتماعی حاصل از این اختلال و برچسب اجتماعی حاصل از آن، نوعی آزرندگی روانی و بدکارکردی هیجانی و عاطفی تجربه می‌کنند که مانع از پردازش عاطفی، هیجانی و رفتاری سازنده می‌شود (هالین، استینمن و کاسمیرسکی، ۲۰۱۸). بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با به کار بردن نشانه‌های ذهن‌خواهی و همچنین فعالیت ذهن آگاهانه باعث افزایش پردازش عاطفی و هیجانی کارآمد در این افراد می‌شود. شکل‌گیری چنین روندی از طریق درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در طی درمان به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اجازه می‌دهد تا مسائل و مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی خود را بهتر درک کرده و ذهن خود را برای فهمیدن احساس‌های آزار دهنده‌ای که منجر به بروز اختلال اضطراب فراگیر می‌شود، بگشاید. این روند باعث می‌شود تا احساسات آزار دهنده حاصل از این اختلال، دیگر به شکل گذشته افراد مبتلا را نیاززده و به این ترتیب یکی از پایه‌های ایجاد نگرانی در این افراد کاهش یافته و ناگویی هیجانی آنان نیز کم شود. از سوی دیگر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در خلال جلسات خود (به خصوص جلسه دوم)، انعطاف‌پذیری روانی و عاطفی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را افزایش می‌دهد. افزایش انعطاف‌پذیری روانی و رفتاری سبب می‌شود تا افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در دام عواطف و شناخت‌های منفی نیفتاده و به هنگام بروز چنین عواطفی بتوانند عملکرد هیجانی، شناختی، عاطفی و رفتاری سنجیده‌ای را از خود نشان داده و در نتیجه از میزان بروز ناگویی هیجانی آنان کاسته شود. در تبیین

دیگر باید به شرح جلسه سوم درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اشاره کرد. در این جلسه به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر آموزش داده شد تا به شکل سازگارانه‌ای هیجان‌ها و شناخت‌های کنترل‌ناپذیر خود را مدیریت نمایند. این روند باعث می‌شود تا این افراد قادر شوند هیجان‌ها، عواطف و شناخت‌های منفی خود را که منجر به بروز ناگویی هیجانی می‌شود را مدیریت نموده و از تداخل این شناخت‌ها و عواطف در عملکرد خود پیشگیری نمایند. این روند باعث می‌شود تا به محض بروز عاطفه و شناخت منفی، افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر رفتارها و شناخت‌های درونی و برونی ناسازگارانه‌ای را از خود به نمایش نگذاشته و در نتیجه از میزان ناگویی هیجانی آنان کاسته شود. دامنه محدود پژوهش به افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه یک شهر تهران، عدم کنترل متغیرهای محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در شهرها و مناطق و جوامع با فرهنگ‌های مختلف، سایر اختلالات روان‌شناختی مانند اختلال وسواس فکری و عملی، اختلال پانیک و اختلال اضطراب اجتماعی و مهار عوامل ذکر شده اجرا گردد. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر،

منابع

- ارجایی، ز.، کرمی‌نیا، ر.، و احمدی‌طهور سلطانی، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی مداخلات گروهی بین فردی روان‌پوشی و هیجان‌محور بر اختلال اضطراب فراگیر نوجوانان دختر. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۷(۱)، ۶۵-۷۴.
- بشارت، م.ع.، حافظی، ا.، رنجبرشیرازی، ف.، و رنجبری، ت. (۱۳۹۷). مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس فکری-عملی و جمعیت عمومی. مجله علوم روانشناختی، ۱۷(۶۶)، ۱۷۶-۱۹۹.
- بشرپور، س.، و عینی، س. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم، ۸(۳)، ۴۱-۵۲.
- حاتمی، ج.، خورشیدی، م.م.، بهرامی‌احسان، ه.، رحیمی، س.ع.س.، حاتمی، ا.ج. (۱۳۹۲). نقش سطوح پردازش و همخوانی خلقی در بازشناسی واژه‌های هیجانی در افراد ناگویی هیجانی. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۷(۱)، ۸۳-۶۹.

پیشنهاد می‌شود در سطح عملی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تهیه برشور و کتابچه‌های علمی و عملی قابل اجرا به درمانگران، روان‌شناسان بالینی و مشاوران تخصصی مراکز درمانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ارائه شود تا با استفاده از محتوای این مداخله در جهت کاهش مشکلات بین فردی و ناگویی هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اقدامات موثری صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

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

حمایت مالی

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

تعارض منافع

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

- حاج محمدحسینی، ط.، میرزاحسینی، ح.، و ضرغام حاجبی، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان ذهنی سازی و عاطفه هراسی بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی، نشریه روانشناسی اجتماعی، ۹(۶۱)، ۵۸-۶۵.
- روزبهرانی، ف.، سوزنیان کاشانی، ن.، و افتخاری، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی بین فردی بر اضطراب و ناگویی هیجانی در زنان مبتلا به اضطراب فراگیر. مطالعات ناتوانی، ۸(۱)، ۴۵-۵۴.
- شاهقلیان، م.، مرادی، ع.، کافی، س.م. (۱۳۸۶). رابطه الکسی تایمیا با سبک های ابراز هیجان و سلامت عمومی در دانشجویان. مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۳(۳)، ۲۴۸-۲۳۸.
- شفیعی، م.، رضایی، ف.، و صادقی، م. (۱۳۹۹). نقش میانجی مشکلات پیچیده بین فردی و اجتناب متقابل از نگرانی در رابطه بین روان رنجوری با علائم اختلال اضطراب فراگیر. روان شناسی بالینی، ۱۲(۱)، ۱۳-۲۳.
- صباغی، س.، مهدی زادگان، ا. (۱۳۹۹). مقایسه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبعی در بین دانش آموزان دارای اختلال رفتار درونی سازی شده و دانش آموزان عادی. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۹(۹۰)، ۷۶۵-۷۷۲.
- طهماسبی آشتیانی، ا.، وطن خواه امجد، ف.، کریم قلی پور، ن.، و سلیمانی، ه. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر دل بستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و افکار خود کشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. روان پرستاری، ۱۰(۲)، ۹۷-۸۵.
- فتح، ن.، آزادفلاح، پ.، رسول زاده طباطبایی، س.ک.، رحیمی، ج. (۱۳۹۲). روایی و اعتبار پرسشنامه مشکلات بین فردی، مجله روان شناسی بالینی، ۵(۳): ۸۰-۶۹.
- قادری، ف.، اکرمی، ن.، نامداری، ک.، و عابدی، ا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه با درمان فراتشخیصی بر علائم بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۷(۴)، ۴۵۷-۴۴۰.
- کریمی، ف.، فرحبخش، ک.، سلیمی بجستانی، ح.، و معتمدی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی الگوی مبتنی بر ذهنی سازی بر کیفیت روابط خانواده و رفتار آسیب به خود در نوجوانان دختر. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۷(۲)، ۹۳-۱۰۵.
- محمدی، ع.، تاجری، ب.، سوداگر، ش.، بهرامی هیدجی، م.، و عطادخت، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر میزان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی. فصلنامه علوم اعصاب شفای خاتم، ۸(۳)، ۶۹-۷۷.
- نائینیان، م.ر.، شعیری، م.ر.، شریفی نیا، م.، و هادیان، م. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). روان شناسی بالینی و شخصیت، ۳(۴)، ۴۱-۵۰.

- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Barkhan, M., Hardy, Ge., Startup, M. (1996). The II-32: A short version of the inventory of interpersonal problem. *British Journal of clinical psychology*, 35 (1), 21-35.
- Batman, P., Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. 1 st ed. United Kingdom: Oxford University Press.
- Bleiberg, E. (2013). *Mentalizing-Based Treatment with Adolescents and Families*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 22, 295-330.
- Chalah, M.A., Ayache, S.S.(2017). Alexithymia in multiple sclerosis: A systematic review of literature. *Neuropsychologia*, 104, 31-47.
- Davydov, D.M. (2017). Alexithymia as a health risk and resilience factor. *Journal of Psychosomatic Research*, 101, 66-67.
- Goenka, A., Yu, S.G., Chikkannaiah, M., George, M.C., MacDonald, S., Stolfi, A., Kumar, G. (2022). *Generalized Anxiety Disorder: A Predictor for Poor Responsiveness to Botulinum Toxin Type A Therapy for Pediatric Migraine*. *Pediatric Neurology*, 130, 21-27.
- Guo, Y., Chen, H., You, X., Liu, X., Sun, X., Jin, Y. (2024). *Relationship between parenting style and internet addiction: Interpersonal relationship problem as a mediator and gender as a moderator*. *Heliyon*, 10(2), 239-244.
- Jørgensen, M.S., Storebø, O.J., Bo, S., Poulsen, S., Gondan, M., Beck, E., Chanen, A.M., Bateman, A., Pedersen, J., Simonsen, E. (2021). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with Borderline Personality Disorder: 3- and 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *European Children and Adolescent Psychiatry*, 30, 699-710.
- Kenangil, G., Demir, M., Tur, E., Domac, F. (2021). Alexithymia, depression, and cognition in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 79(1), 17-21.

- Lavender, S.R., Waters, C.S., Hobson, C.W. (2023). The efficacy of group delivered mentalization-based parenting interventions: A systematic review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(2), 1171-1175.
- Li, X., Zhu, Y., Shi, X. (2024). Interpersonal sensitivity as a mediator linking interpersonal stressors and social anxiety: Longitudinal mediation analysis using parallel process latent growth curve modeling. *Journal of Affective Disorders*, 351, 172-178.
- Lieberman, M.D. (2017). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annul Review Psychology*, 58, 259-289.
- Lyvers, M., Mayer, K., Needham, K., & Thorberg, F.A. (2019). Parental bonding, adult attachment, and theory of mind: A developmental model of alexithymia and alcohol-related risk. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1288-1304.
- Malberg, N.T. (2021). Working with Autistic Children and their Families from a Mentalization Based Therapy for Children (MBT-C) Approach. *Psychoanalytic Perspectives*, 18(1), 22-42.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28(6), 487-495
- Obeid, S., Haddad, C., Fares, K., Malaeb, D., Sacre, H., Akel, M., Salameh, P., Hallit, S. (2021). Correlates of emotional intelligence among Lebanese adults: the role of depression, anxiety, suicidal ideation, alcohol use disorder, alexithymia and work fatigue. *BMC Psychology*, 9(18), 177-182.
- Oliveira, C.D., Rahioui, H., Smadja, M., Gorsane, M.A., Louppe, F. (2016). Mentalization based treatment and borderline personality disorder. *L'Encéphale*, 43(4), 340-345.
- Ozisik, G.G., Kiraz, S. (2023). Evaluation of retinal thickness measured by optical coherence tomography in patients with generalized anxiety disorder. *Photodiagnosis and Photodynamic Therapy*, 44, 1037-1041.
- Pischiutta, L., Garzitto, M., Zamparutti, G., Moratti, E., Albert, U., Colizzi, M., Balestrieri, M. (2023). Mentalization in young patients undergoing opioid agonist treatment: Implications for clinical management. *Addictive Behaviors Reports*, 17, 1004-1009.
- Polnay, A., McIntosh, L.G., Burnett, A., Williams, A., Cahill, C., Wilkinson, P., Mohammad, F., Patrick, J. (2021). Examining the factor structure, reliability, and validity of the main outcome measure used in mentalization-based therapy skills training, *Health Science Reports*, 4(1), 245-254.
- Porcelli, S.E., Koch, M.K., Mendle, J. (2023). Impulsivity and adolescent relationships: Negative urgency predicts interpersonal problems in youth. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 88, 1015-1019.
- Probst, G.H., Wolf, M., Vlá, A., Flückiger, C. (2024). How resilient are former CBT patients with generalized anxiety disorder in times of COVID-19? A follow-up study considering post-treatment depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders Reports*, 15, 1007-1011.
- Rubel, J., Váth, T., Hanraths, S., Pruessner, L., Timm, C., Hartmann, S., Barnow, S., Lalk, C. (2024). Evaluation of an online-based self-help program for patients with generalized anxiety disorder - A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 35, 1007-1010.
- Shin, K.E., Newman, M.G. (2019). Self- and other-perceptions of interpersonal problems: Effects of generalized anxiety, social anxiety, and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 65, 1-10.
- Simonsen, S., Popolo, R., Juul, S., Frandsen, F.W., Sørensen, P., Dimaggio, G. (2021). Treating Avoidant Personality Disorder With Combined Individual Metacognitive Interpersonal Therapy and Group Mentalization-Based Treatment: A Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 26, 213-219.
- Smits, M.L., Feenstra, D.J., Blankers, M., Kamphuis, J.H., Bales, D.L., Dekker, J.J.M., Verheul, R., Busschbach, J.J.V., Luyten, P. (2024). Impact of clinical severity on treatment response in a randomized controlled trial comparing day hospital and intensive outpatient mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 18(1), 1932-1937.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J. B., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166 (10), 1092-1097.
- Steinmair, D., Horn, R., Richter, F., Wong, G., Löffler-Stastka, H. (2021). Mind reading improvements in mentalization-based therapy training. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 85(1), 128-133.
- Triscoli C, Croy I, Sailer U. (2019). Depression predicts interpersonal problems partially through the attitude towards social touch. *Journal of Affective Disorders*, 246: 234-240.
- Xiao, H., Shen, Y., Zhang, W., Lin, R. (2023). Applicability of the cognitive model of generalized anxiety disorder to adolescents' sleep quality: A cross-sectional and longitudinal analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(4), 1004-1008.

Original Article

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

Received: 09/06/2024 - Accepted: 21/10/2024

Mozhgan Soltani¹

Farah Naderi^{2*}

Parviz Asgari²

Vahid Nejati³

¹ PhD student in the psychology of exceptional children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

² Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

³ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Email: naderi@iauahvaz.ac.ir

Abstract

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

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

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

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

Key words: Alexitimia, Generalized Anxiety Disorder, Interpersonal Problems, Treatment Based on Mentalization

Acknowledgement: There is no conflict of interest