

The Effectiveness of Mentalization Training on Mentalization Capacity and Marital Satisfaction in Married Dissatisfied Iranians

Gohari, S., Rasoolzadeh-Tabatabaei, *S.K., Ghanbari, S.

Abstract

Introduction: This study aimed to investigate the effect of mentalization training on the promotion of mentalization capacity and marital satisfaction in dissatisfied married Iranian people.

Method: This study was part of a single-case experimental design. Participants included three married students of Tarbiat Modares University. All participants completed a mentalization-based training course after 12 sessions lasting 90 minutes. Each participant was assessed on nine occasions (three baselines, five during the training period, and a one-month follow-up) by mentalization, marital satisfaction, and clinical interview scales. Visual analysis for the inside and outside of the situation was used for data evaluation.

Results: Mentalization-based training significantly enhanced mentalization capacity with an impact factor of 0.36 ($P < 0.05$) and marital satisfaction with an impact factor of 0.85 and ($P < 0.05$).

Conclusion: It could be concluded that many of the relational conflicts in couples are due to a lack of mentalization capacity, and their awareness during training could be highly effective in reducing these conflicts. These results emphasized using psychological training of mentalization in relational patterns of dissatisfied Iranian married people.

Keywords: mentalization-based training, mentalization, marital satisfaction.

اثربخشی آموزش ذهنی‌سازی بر ظرفیت ذهنی‌سازی و رضایت زناشویی در متأهلین ایرانی ناراضی

سمیرا گوهری^۱، سیدکاظم رسولزاده طباطبایی^۲، سعید قنبری^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۷

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ارتقاء ظرفیت ذهنی‌سازی و رضایت زناشویی در افراد متأهل ناراضی ایرانی بود.

روش: پژوهش حاضر در چارچوب طرح‌های آزمایشی تک موردی قرار می‌گیرد. شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۳ فرد متأهل و دانشجوی دانشگاه تربیت مدرس بودند. هر سه شرکت‌کننده دوره آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی را در طول ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای سپری کردند. هر یک از شرکت‌کننده‌ها ۹ مرتبه (سه مرتبه خط پایه، پنج مرتبه طی آموزش و یک دوره پیگیری یک ماهه) به وسیله‌ی مقیاس‌های ذهنی‌سازی، رضایت زناشویی و کارکرد تأملی ارزیابی شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری درون و برون موقعیتی داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ارتقاء ظرفیت ذهنی‌سازی با ضریب تأثیر ۰/۳۶ و سطح معناداری ($P < ۰/۰۵$) و بر رضایت زناشویی با ضریب تأثیر ۰/۸۵ و سطح معناداری ($P < ۰/۰۵$) مؤثر است.

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت بسیاری از تعارض‌های ارتباطی زوجین ناشی از نقص در ظرفیت ذهنی‌سازی است و هشیارسازی زوجین در جریان آموزش در کاهش این تعارض‌ها بسیار مؤثر است. این نتایج بر استفاده از آموزش‌های روانشناختی ذهنی‌سازی در الگوهای ارتباطی متأهلین ناراضی ایرانی تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی، ذهنی‌سازی، رضایت زناشویی.

مقدمه

خانواده از لحاظ قدمت، ابتدایی‌ترین و به لحاظ گستردگی، جهان شمول‌ترین نهاد اجتماعی است، این امر نشان می‌دهد که تشکیل خانواده یکی از اساسی‌ترین و طبیعی‌ترین نیازهای انسان محسوب می‌شود (۱). اولین گام برای ارضای این نیاز اساسی و طبیعی ازدواج است. به رغم خوشایند بودن پیوند ازدواج، رضایت زوجین به آسانی به دست نمی‌آید و در نتیجه قوی‌ترین پیوند انسانی یعنی ازدواج، در مستحکم‌ترین قرارگاه آن، یعنی سامانه خانواده، در معرض خطر جدی قرار خواهد گرفت (۲). به عبارتی اگر رضایت‌ناشویی^۱ به عنوان عامل استحکام بنیان خانواده به طور کامل به وجود نیاید، می‌تواند اثرات زیان بار جسمی و روانی ایجاد کند و مسیر خانواده را به بیراهه بکشاند. بنابراین یکی از جنبه‌های حیاتی رابطه‌ناشویی، رضایتی است که همسران در رابطه خویش احساس و تجربه می‌کنند (۳). رضایت‌ناشویی را می‌توان انطباق بین انتظارات فرد از زندگی زناشویی با تجربیات او در زندگی یا انطباق بین وضعیت موجود و وضعیت مورد انتظار تعریف کرد (۴).

اعتقاد بر این است که عوامل درون فردی و برون فردی در رضایت‌ناشویی مؤثر است (۵) و پژوهش‌های بسیاری نیز نشان می‌دهند که ویژگی‌های شخصیتی زوجین در احساس رضایت افراد، نقشی کلیدی ایفا می‌کند (۵، ۶). اما واقعیت آن است که هر یک از همسران، تجارب و انتظاراتی را به رابطه‌ی کنونی می‌آورند که بازمانده‌ی تجارب قبلی است (۷). برخی از مطالعات تلاش کرده‌اند به این سؤال پاسخ دهند که چگونه تجارب اولیه در دوران کودکی، روابط بزرگسالی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). نظریه دلبستگی^۲ معتقد است تجربه‌هایی که نوزاد با مراقبش دارد در الگوهای روابط وی با دیگران درونی‌سازی می‌شود و این الگوی عملی درونی شده، تعیین‌کننده چگونگی مفهوم نوزاد از خود و دیگران است؛ مفهومی که بعدها در روابط با دیگران تعمیم می‌یابد (۹). به عبارتی هر فردی، یک الگوی فعال درونی از خود و دیگران دارد که شامل اطلاعاتی درباره‌ی دوست‌داشتنی بودن خود و پاسخگو و در دسترس بودن دیگران است (۱۰). کیفیت دلبستگی به والدین و الگوی فعال درونی، مبنایی

برای برقراری ارتباط با دیگران است (۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵) و این طحواره در چگونگی روابط رمانتیک در بزرگسالی نیز مؤثر می‌افتد (۱۶).

فوناگی (۱۷) در مدل تحولی خود به تفصیل مفاهیم دلبستگی و ذهنی‌سازی را شرح داده و این دو مفهوم را به لحاظ نظری در نزدیک‌ترین جایگاه ممکن قرار داده است، به گونه‌ای که ذهنی‌سازی در بطن روابط بین‌فردی در دوران کودکی، به خصوص روابط دلبستگی محور اولیه شکل می‌گیرد. بتمن و فوناگی با استفاده از نظریه ذهنی‌سازی، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی^۳ را ابداع کردند. این درمان نوع خاصی از روان درمانی پویایی است که توانست اختلال شخصیت مرزی^۴ را با وجود همه پیچیدگی‌هایش تبیین کند و مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریه دلبستگی بالبی و ذهنی‌سازی. به عبارتی ذهنی‌سازی یک کارکرد بازتابی^۵ تلقی می‌شود، درصدد آگاهی از چرایی رفتار خود و دیگران است و ارزش تکاملی دارد (۱۸).

ذهنی‌سازی ظرفیتی منحصر به فرد، پنداشتی^۶ و پیش‌هشیار^۷ در انسان است - همان چیزی که تحت عنوان انسانیت^۸ تعریف می‌شود - و عامل متمایز کننده انسان از سایر پستانداران است (۱۹). در واقع، ذهنی‌سازی توانایی درک حالات ذهنی (باورها،^۹ آرزوها،^{۱۰} احساسات،^{۱۱} افکار^{۱۲} و نیازها^{۱۳}) خود و دیگران است، که چه در داخل و چه در خارج از آگاهی ما روی آن چه که انجام می‌دهیم اثرگذار است. به عبارتی ذهنی‌سازی دیدن خودمان از بیرون و دیگران از درون است. این به ما کمک می‌کند که سوتفاهم‌های ارتباطی را از طریق بازگشت به حالت‌های ذهنی درک کنیم (۱۹).

ذهنی‌سازی دستاوردی تحولی است، که اکتساب کامل این ظرفیت به شدت تحت تأثیر محیط اولیه‌ای است که فرد در آن رشد می‌کند (۲۰). در واقع، تحول ذهنی‌سازی در چارچوب

3. mentalization based treatment
4. borderline personality disorder
5. Reflective functioning
6. imaginative
7. preconscious
8. Humanity
9. beliefs
10. wishes
11. feelings
12. thoughts
13. need

1. marital satisfaction
2. attachment theory

ازدواج فرصتی را مهیا می‌کند تا ظرفیت ذهنی‌سازی در روابط میان زن و شوهر تبلور بیرونی پیدا کند.

بنابراین انتظار می‌رود که اگر مراقب اولیه در چارچوب یک ارتباط ایمن با هریک از زوجین توانسته باشد هیجان‌های آن‌ها را به طور دقیق بازتاب و پاسخ دهد منجر به شکل‌گیری هیجان‌ات سازمان‌یافته و تعدیل هیجان‌های منفی در آن‌ها می‌شود، و هر یک از زوجین در تعاملات بعدی، می‌تواند رفتارهای خود و دیگری را در قالب حالت‌های ذهنی درک کند، و همچنین خود و دیگری را به عنوان افرادی که مالک دنیای ذهنی جداگانه هستند، در نظر بگیرد (۲۵). به عبارتی ذهنی‌سازی در آن‌ها منجر به ظرفیت بازنمایی عاطفی، تنظیم هیجان، و کنترل توجه می‌شود که ناشی از احساس فاعلیتی است که در طول ذهنی‌سازی شکل گرفته و منجر به بهبود بخشیدن به روابط بین‌فردی و کاهش تأثیر منفی سوء تفاهم‌ها در تعاملات آتی می‌شود (۲۶). از آنجایی که یک ارتباط بین‌فردی متعادل، منجر به ایجاد نگرش‌های مثبت نسبت به یکدیگر، کاهش تعارضات و مناقشات بین‌فردی، توسعه موارد موافق و هماهنگ و کمک به حل مسائل و مشکلات طرفین در یک رابطه بین‌فردی می‌شود. بنابراین انتظار می‌رود که اگر زوجین در طول دوره تحولی خود به ظرفیت ذهنی‌سازی دست پیدا کرده باشند می‌توانند تعاملات سازگارانه‌تر و در نتیجه رضایت‌زناشویی بیشتری را در ارتباط با همسر خود تجربه کنند.

در سال‌های اخیر ذهنی‌سازی به عنوان یک مکانیزم ضروری برای تمام کارهای درمانی مؤثر پیشنهاد شده است (۲۷) و به آسانی قابلیت آموزش و کاربرد در زمینه‌های بالینی از جمله اختلالات‌های خوردن (۲۸)، افسردگی (۲۹، ۳۰)، اختلالات سایکوتیک (۳۱)، سوء‌مصرف مواد (۳۲) و مداخله در بحران (۳۳) را دارد. همچنین ذهنی‌سازی در ارتباط با نوجوانان (۳۴، ۳۵) و خانواده‌درمانی (۳۶) مورد استفاده قرار گرفته است. هدف خانواده‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی، ارتقای کیفیت ذهنی‌سازی و به عبارتی غنی‌سازی، دقت و عمق دادن به این فرآیند در کل اعضای خانواده می‌باشد (۳۶). در واقع خانواده‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی معتقد است، فشار و تعارضی که بر خانواده و اعضای آن حاکم می‌شود، منجر به از دست دادن موقت ظرفیت فکر کردن در مورد احساسات و افکار عضو دیگر را از دست می‌شود (۳۷) و اگر عضوی از

تعاملات کودک و مراقب اولیه اتفاق می‌افتد (۲۱) و توانایی والدین برای مشاهده لحظه به لحظه تغییراتی که در دنیای ذهنی کودک به وجود می‌آید، و انتقال این درک به کودک از طریق حرکات، اعمال و کلمات کمک می‌کند تا کودک به حالت‌های ذهنی خودش معنا بدهد (۲۲). به عبارتی، والدین در نقش متخصصان ذهنی‌سازی هستند که وظیفه آن‌ها ارتباط برقرار کردن با این حالت‌های ذهنی و انتقال این حالات به کودکان است. بنابراین، کودکی که به شیوه مناسب‌تری توسط والدین فهمیده می‌شود، بهتر می‌تواند والدین‌اش را درک کند، و در نتیجه این تعاملات، ظرفیت ذهنی‌سازی در کودک افزایش می‌یابد و کودکی که این صلاحیت را به دست آورده است، به متخصص ذهنی‌سازی تبدیل می‌شود که دانش و مهارت ذهنی‌سازی خود را به نسل بعدی و روابط بعدی منتقل می‌کند (۲۱).

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد، ذهنی‌سازی که در روابط اولیه شکل گرفته و تحول یافته است باعث شکل‌گیری مجموعه‌ای از فرض‌ها و انتظارات برای پیش‌بینی کردن روابط دلبستگی‌محور بعدی زندگی می‌شود (۲۳) و ازدواج به واقع بستر تشکیل و تجربه پیوندهای عاطفی و پیوستن‌ها و گسستن‌های مستمری است که در چارچوب دلبستگی تبیین می‌شود و ارتباط بین دو نفر که باهم ازدواج می‌کنند و در مرکز گروه خانواده قرار می‌گیرند، در حقیقت شامل درهم آمیزی دو شخصیت در یک شخصیت پیوسته زناشویی است که با رابطه مادر و فرزند قابل مقایسه است (۲۴)، بنابراین ازدواج فرصتی را مهیا می‌کند تا ظرفیت ذهنی‌سازی در روابط میان زن و شوهر تبلور بیرونی پیدا کند.

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد، ذهنی‌سازی که در روابط اولیه شکل گرفته و تحول یافته است باعث شکل‌گیری مجموعه‌ای از فرض‌ها و انتظارات برای پیش‌بینی کردن روابط دلبستگی‌محور بعدی زندگی می‌شود (۲۳) و ازدواج به واقع بستر تشکیل و تجربه پیوندهای عاطفی و پیوستن‌ها و گسستن‌های مستمری است که در چارچوب دلبستگی تبیین می‌شود و ارتباط بین دو نفر که باهم ازدواج می‌کنند و در مرکز گروه خانواده قرار می‌گیرند، در حقیقت شامل درهم آمیزی دو شخصیت در یک شخصیت پیوسته زناشویی است که با رابطه مادر و فرزند قابل مقایسه است (۲۴)، بنابراین

طرح کاربردی جایگزین و طرح AB دارند که ساده‌ترین و پرکاربردترین طرح در بررسی اثربخشی‌های مداخله‌ای در پژوهش‌های روانشناختی طرح AB است (۳۸). این طرح شامل دو مرحله خط پایه و مرحله آزمایشی است. از این رو در پژوهش حاضر از طرح AB که یکی از طرح‌های پرکاربرد آزمایشی تک موردی است، استفاده شد که شامل سه خط پایه، پنج مرحله اندازه‌گیری طی آموزش و یک دوره پیگیری یک ماهه بود. شرکت‌کنندگان در مطالعه دو زن و یک مرد متأهل بودند که در الگوهای ارتباطی با همسر خود دچار مشکل بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش زوجینی که حداقل دوسال از زمان ازدواج آن‌ها گذشته باشد و زوجینی که در حاضر با هم زندگی می‌کنند. ملاک‌های خروج اعتیاد و سوءمصرف مواد، اختلالات حاد روانی و شخصیتی و مصرف داروهای روان‌پزشکی در حال حاضر بود.

ویژگی‌های شرکت‌کننده‌ها: لازم به ذکر است که اسامی و اطلاعات شرکت‌کننده‌ها، جهت حفظ اطلاعات آن‌ها به صورت مستعار انتخاب شده است و این سه شرکت‌کننده از بین زوجین ناراضی که بر اساس پرسشنامه انریچ و مصاحبه نیمه ساختاریافته دل‌بستگی و ذهنی‌سازی مورد ارزیابی قرار گرفته بودند، انتخاب شدند.

شرکت‌کننده اول: ترانه دختری ۳۵ ساله و دانشجوی سال آخر دکتری ژنتیک و همسرش نیز فارغ‌التحصیل دکتری مهندسی مواد از دانشگاه تربیت مدرس است. از زندگی مشترک ترانه سه سال می‌گذرد. در مصاحبه انجام شده با ترانه و بررسی روایت‌های زندگی او، موضوعی که قابل توجه است، نارضایتی است که ترانه در رابطه با همسرش تجربه می‌کند. در این سطح از عدم رضایت و اختلاف نظرهای تجربه شده در رابطه عاملی که بیشترین اثرگذاری را دارد این است که ترانه در تمام مشاجرات زناشویی منفی‌ترین حالت را در ذهن همسر خود متصور می‌شود، مانند اینکه شاید من رو خیلی هم دوست نداره، شاید از من خسته شده و در نتیجه این ذهنیت، از همسر خود کناره می‌گیرد و از صحبت کردن امتناع می‌کند. این رفتار ترانه منجر به این واکنش در همسرش می‌شود که او نیز از صحبت کردن اجتناب کند و در نتیجه این عدم گفتگو و به اشتراک نگذاشتن ذهن‌ها اگر زمانی فرصتی برای صحبت کردن در مورد موضوعات پیش بیاید با دلخوری و موضوعات قطعی

یک خانواده، ظرفیت ذهنی‌سازی را از دست بدهد، سایر اعضای خانواده نیز ممکن است به شکل گسترده‌تری از حالت تعادل خارج شوند، و حتی یک موضع‌گیری مستقیمی را در برابر ذهنی‌سازی نشان بدهند. این به نوبه خود منجر به افزایش برانگیختگی و قرار گرفتن در یک دور منفی از احساسات می‌شود و در نهایت، بازنمایی ذهن دیگران را در فرد از بین می‌برد (۳۶). بنابراین در یک محیط خانوادگی، مشکلات نسبتاً کوچک و قابل حل فقط به خاطر قرار گرفتن اعضا در محیطی که ذهنی‌سازی وجود ندارد به موانع لاینحلی تبدیل می‌شود، که در بلند مدت بر روابط بین فردی اعضای خانواده تأثیرگذار است. اگرچه با بررسی پیشینه نظری و پژوهشی به اهمیت و نقش پررنگ ذهنی‌سازی در روابط بین زوجین پی می‌بریم؛ اما هیچ‌یک از پژوهش‌ها به بررسی این موضوع با توجه به نقش فرهنگ نپرداخته‌اند. به طور کلی آنچه در این طرح اهمیت دارد واری این احتمال است که مشکلات ارتباطی بین زن و شوهر بازتابی از اختلال در فرآیند ذهنی‌سازی زوجین است که در چهارچوب تعاملات آن‌ها با مراقبین اولیه ریشه دارد. باید توجه داشت که بسیاری از زوجین در تعامل با یک‌دیگر دچار مشکل هستند و ریشه این مشکلات را در دیگری ردیابی می‌کنند و نسبت به مسئولیت و سهم خود در این مسائل وقوف ندارند؛ اما پیشینه نظری و پژوهشی موجود، جهت‌گیری تبیینی احتمالی این مشکلات را به سوی اختلال در فرآیند ذهنی‌سازی سوق می‌دهد. بنابراین مسأله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر ذهنی‌سازی برای ارتقا ظرفیت ذهنی‌سازی و افزایش رضایت زناشویی در افراد متأهل ناراضی ایرانی خواهد بود.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر یک مداخله بالینی نیمه آزمایشی است که در چهارچوب طرح‌های آزمایشی تک موردی^۱ قرار می‌گیرد.

آزمودنی‌ها: این طرح‌ها که به پژوهش‌های $n=1$ پژوهش‌های سری‌های زمانی مداخله‌ای و پژوهش‌های تک موردی مشهورند، نوعی کارآزمایی‌های بالینی به شمار می‌آیند که سطح تحلیل آن‌ها بر فرد متمرکز است. این طرح‌ها انواع متفاوتی مثل طرح بازگشتی، طرح خط پایه چندگانه،

1. Single-Case Experimental Design

ابزار

۱. پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (EMS): یک ابزار معتبر برای بررسی رضایت زناشویی می‌باشد. این پرسشنامه ۱۰ سؤال به صورت پنج گزینه‌ای و یک نگرش سنج از نوع لیکرت می‌باشد. در این پرسشنامه برای هر یک از ماده‌ها پنج گزینه در نظر گرفته شده‌است که شامل کاملاً مخالفم، مخالفم، نه موافق و نه مخالف، موافقم و کاملاً موافقم می‌باشد که برای آن‌ها نمره‌ای از ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. برخی از سؤالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود و به عبارت کاملاً موافقم نمره ۱ و به عبارت کاملاً مخالفم نمره ۵ تعلق می‌گیرد. در پژوهش علیدوستی، نخعی و خانجانی ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه $0/74$ به دست آوردند. در پژوهش نامبرده ضریب همبستگی بین نسخه کوتاه انریچ و نسخه ۴۷ سؤال انریچ $0/82$ به دست آمده است (۳۹).

۲. پرسشنامه کارکرد تأملی (RFQ): این پرسشنامه ابزاری ساده و مختصر برای اندازه‌گیری کارکرد تأملی است (۴۰). پرسشنامه کارکرد تأملی ابعاد مختلف ذهنی‌سازی و فرآیند ذهنی‌سازی در تعاملات اجتماعی را نمی‌سنجد (۴۱)، بلکه طیف گسترده‌ای از اقداماتی که به ظرفیت ذهنی‌سازی در حال حاضر ضربه می‌زنند را اندازه‌گیری می‌کند (۴۱). این پرسشنامه شامل ۵۴ آیتم است که با استفاده از شیوه قطبی یا میانگین نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه کارکرد تأملی یک نگرش سنج شش گزینه‌ای است که شیوه نمره‌گذاری به صورت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ است، طیف‌های میانی طوری طراحی شده‌اند که پاسخ‌دهی به آن‌ها نشان‌دهنده آگاهی حدی از ابهام در حالت‌های ذهنی است و بیشترین نمره را دریافت می‌کنند و کسانی که به طیف‌های انتهایی پاسخ می‌دهند کمترین نمره را دریافت می‌کنند. فونانگی و همکاران (۴۲) نشان دادند که این ابزار بین بیماران و گروه کنترل تمایز ایجاد می‌کند و به طور معناداری با اندازه‌گیری همدلی، ذهن‌آگاهی و دیدگاه‌گیری و همچنین با خودسنجی و گزارش‌های بالینی افراد مرزی و سایر نشانه‌های کارکردی اختلال‌های شخصیت همبستگی دارد. سازگاری درونی در نمونه بالینی، $0/77$ و $0/65$ و در نمونه غیربالینی $0/63$ و

شده در ذهن خود با دیگری تعامل می‌کنند که نتیجه آن مشاجرات و بحث‌های متشنج بین آن دو است. شرکت‌کننده دوم: الناز دختری ۳۴ ساله و دانشجوی سال آخر دکتری بیوشیمی بالینی و همسرش نیز فارغ‌التحصیل مهندسی مکانیک از دانشگاه تربیت مدرس است. از زندگی مشترک الناز هفت سال می‌گذرد و صاحب یک دختر ۳ ساله است. در نارضایتی که الناز در ارتباط با همسر خود تجربه می‌کند، چندین مورد به وضوح قابل ردیابی است که به نظر می‌رسد با میزان نارضایتی تجربه شده در ارتباط با همسرش مرتبط است. در روایت زندگی الناز، تمایل الناز برای در نظر نگرفتن ذهن همسر به عنوان ذهنی مستقل و جداگانه که ممکن است نگاهی متفاوت به یک تجربه مشترک داشته باشد به وضوح مشهود است که نمونه‌ای از این حالت ذهنی برای الناز به این شکل است که در مشاجرات پیش آمده بین الناز و همسرش تمایل وی برای صحبت در مورد موضوعات پیش آمده به محض وقوع و بدون در نظر گرفتن حالات ذهنی و جسمی همسرش (مانند خستگی و بی‌حوصلگی) به منظور اینکه مشکل زودتر حل شود ولی در دامن زدن بیشتر مشاجرات، مشکلات پیش آمده و نارضایتی بین آن‌ها تأثیرگذار بوده است.

شرکت‌کننده سوم: هومن پسری ۳۰ ساله، دانشجوی سال آخر ارشد مهندسی عمران و همسرش نیز دانشجوی سال اول ارشد مهندسی عمران دانشگاه تربیت مدرس است که از زندگی مشترک آن‌ها ۲ سال می‌گذرد. در روایت زندگی هومن و نارضایتی که او در ارتباط با همسرش تجربه می‌کند شاید بتوان به یک عامل تأثیرگذار اشاره کرد، در مشاجرات و اختلاف نظرهایی که بین هومن و همسرش اتفاق می‌افتد زود از کوره در رفتن هومن و پرخاشگریش باعث دامن زدن بیشتر به اختلاف‌ها و نارضایتی او در زندگی مشترک‌اش می‌شود و البته همسرش نیز در واکنش به شیوه‌ای که هومن در مشاجرات عمل می‌کند او نیز پرخاشگری می‌کند و از همسرش هرروز دورتر می‌شود که با تمرکز بیشتر بر روایت‌هایی که مطرح می‌کند ترسی که هومن برای از دست دادن همسرش همیشه در ذهن دارد و تمرکز بر اینکه ممکن است به شیوه‌های مختلفی همسرش را از دست بدهد به نامنی درونی‌اش اشاره دارد.

1. ENRICH Marital Satisfaction Scale
2. Reflective Functioning Questionnaire

زیرمقیاس‌های در گروه غیربالینی بین ۰/۷۶ تا ۰/۷۷ بدست آمده است. در اعتبارسنجی پرسشنامه با گروه اختلال شخصیت مرزی آلفای کرونباخ زیرمقیاس ذهن‌سازی مرتبط با خود ۰/۷۹، ذهن‌سازی مرتبط با دیگران ۰/۷۵، و انگیزه‌مندی برای ذهن‌سازی ۰/۶۰ بود (قنبری، زیرچاپ).

روند اجرای پژوهش: شرکت‌کننده‌ها از بین افراد متأهل ناراضی که براساس پرسشنامه انریچ و مصاحبه نیمه ساختاریافته دل‌بستگی و ذهن‌سازی مورد ارزیابی قرار گرفته بودند، انتخاب شدند همچنین، سه شرکت‌کننده بر مبنای معیارهای ورود انتخاب شدند. با شرکت‌کننده‌ها به صورت انفرادی در مورد روند جلسات و فرآیند آموزش صحبت شد و برای همکاری با پژوهشگر ترغیب شدند. هر سه شرکت‌کننده مقیاس‌های رضایت زناشویی، کارکرد تأملی و ذهنی سازی را تکمیل نمودند. جلسات به صورت گروهی و طی ۱۲ جلسه ۱ ساعت و ۳۰ دقیقه و به صورت هفتگی اجرا شد. هر سه شرکت‌کننده ۳ بار قبل از شروع مداخله، ۵ بار در طول فرآیند مداخله و ۱ بار پس از گذشت یک ماه بعد از اتمام آخرین جلسه مداخله مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری درون و برون موقعیتی استفاده شد (۳۸).

فرآیند مداخله: برنامه آموزشی مورد اجرا در این پژوهش بر اساس نظریه ذهن‌سازی فوناگی و همکاران (۲۱) می باشد. پیترفوناگی و آنتونی بیتمن (۱۹، ۳۲) درمان مبتنی بر ذهنی سازی را اساساً برای درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی طراحی کردند. در دهه گذشته دامنه استفاده از این درمان گسترش یافته است. این درمان در اشکال مختلف (کوتاه‌مدت، آموزش روانی) و محیط‌های مختلف و دسته‌های تشخیصی مختلف (مانند اختلال شخصیت ضداجتماعی، افسردگی، اختلالات خوردن، اعتیاد و تروما) بکار گرفته شده است (۳۲). مطالعات اثربخشی حاکی از نویدبخش بودن مداخلات مبتنی بر ذهن‌سازی در کاهش نشانگان روانشناختی مختلف است (۳۲). آموزش‌های مبتنی بر ذهنی سازی در پی افزایش ظرفیت تأملی و به دنبال آن کاهش احتمال از دست رفتن ذهن‌سازی در موقعیت‌های پرهیجان است. تا از این طریق میزان رضامندی را افزایش دهد. بسته آموزشی طراحی شده در این پژوهش نیز برگرفته از مداخلات آموزشی بیتمن و فوناگی برای افراد با شخصیت

۰/۶۷ است. اعتبار بازآزمایی در یک دوره سه هفته ای ۰/۸۴ و ۰/۷۵ است. نسخه فارسی این مقیاس نیز توسط قنبری در سال ۲۰۲۱ تدوین شده است. بررسی ساختار عاملی نسخه فارسی این پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی از الگوی دو عاملی ابهام و عدم ابهام (قطعیت) در حالت‌های ذهنی حمایت کرده است. اعتبار عوامل آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ۰/۷۵ به دست آمد. برای محاسبه روایی همگرا پرسشنامه کارد تأملی با پرسشنامه‌های دیدگاه‌گیری، همدلی و ناگویی هیجانی از همبستگی پیرسون استفاده شد. همبستگی بین ابعاد ابهام و عدم ابهام (قطعیت) با دیدگاه‌گیری، همدلی و ناگویی هیجانی نیز روایی همگرا را تأیید نموده است (۴۲).

۳. مقیاس ذهن‌سازی^۱: این مقیاس توسط دیمتریوف و همکاران در سال ۲۰۱۷ ساخته شده است. این مقیاس خودگزارشی شامل ۲۸ گویه است و با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً نادرست، در اکثر موارد نادرست، هم درست هم نادرست، در اکثر موارد درست، و کاملاً درست) پاسخ داده می‌شود. این پرسشنامه شامل سه زیرمقیاس است: ذهن‌سازی مرتبط با خود^۲ (شامل ۸ سؤال)؛ ذهن‌سازی مرتبط با دیگران^۳ (شامل ۱۰ سؤال)؛ انگیزه‌مندی برای ذهن‌سازی^۴ (شامل ۱۰ سؤال). برای نمره‌گذاری به ترتیب به گزینه کاملاً نادرست نمره ۱ تا گزینه کاملاً درست نمره ۵ داده می‌شود. این نمره‌گذاری برای سؤالات ۸، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۶، و ۲۷ به صورت معکوس انجام می‌شود. برای هر زیرمقیاس یک نمره محاسبه می‌شود. بدین منظور نمره ذهن‌سازی مرتبط با خود از سؤالات شماره ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۶؛ نمره ذهن‌سازی مرتبط با دیگران از سؤالات ۲، ۳، ۵، ۶، ۱۰، ۱۲، ۲۰، ۲۳، ۲۵ و ۲۸؛ و نمره انگیزه‌مندی برای ذهن‌سازی از سؤالات ۱، ۴، ۷، ۹، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۴، ۲۷ بدست می‌آیند. نمره کل از مجموعه نمره سه زیرمقیاس حاصل می‌شود. روانسنجی این مقیاس بر روی دو گروه غیربالینی و گروه با اختلال شخصیت مرزی انجام شد و آلفای کرونباخ در این دو گروه به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۵ بدست آمده است. اعتبار

1. Mentalization Scale (MentS)
2. Self-Related Mentalization (MentS-S)
3. Other-Related Mentalization (MentS-O)
4. Motivation to Mentalize (MentS-M)

ذهن داشته‌اند و آنچه همسر آن‌ها در ذهن داشته است وجود دارد. رهبر گروه تکنیک متوقف کردن و جستجوگری را به عنوان راه‌حلی برای مشکل پیش آمده برای شرکت‌کنندگان توضیح می‌دهد. موضوع جلسه ششم این خواهد بود که چطور باید با هیجان‌ها و احساسات مواجه شد. این مسأله یکی از موضوعات مهم در سلامت ذهن افراد است. قبل از هر چیزی باید به اینکه چگونه هیجان‌ها خودمان و دیگران را تشخیص می‌دهیم پاسخ دهیم، در ادامه رهبر گروه موضوع عدم تنظیم هیجانی را در رابطه زوجی مطرح می‌کند و از آن‌ها می‌خواهد تعدادی مثال از رابطه خود بزنند تا اعضا متوجه شوند که مشکلات در تنظیم هیجان چگونه روابط زوجی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در جلسه هفتم و در جلسات بعدی نقش سبک‌های دلبستگی در تنظیم هیجانی و الگوی تعاملی منفی زوجین مطرح می‌شود و پیامدهای این الگوی تعاملی و چگونگی شکل‌گیری این تعامل‌های منفی را برای اعضا توضیح می‌دهد. رسیدن به جلسات آخر، در این مرحله افراد نگرانی خود از پایان یافتن جلسات را نشان می‌دادند و رهبر گروه ضمن بررسی این نگرانی‌ها و همدلی با آن‌ها به مراجع این اطمینان را می‌داد که بعد از اتمام جلسات در صورت نیاز می‌توانند با او در تماس باشند.

یافته‌ها

در جدول ۱ نمرات خط پایه، مرحله مداخله و پیگیری هر سه شرکت‌کننده در مقیاس‌های رضایت زناشویی، ذهنی‌سازی و کارکرد تأملی گزارش شده است. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، نمرات هر سه شرکت‌کننده در طی فرآیند مداخله و پیگیری در دو مقیاس رضایت زناشویی، مقیاس ذهنی‌سازی و کارکرد تأملی نسبت به خط پایه بیشتر شده است که در جدول ۲، ۳ و ۴ بیشتر توضیح داده خواهد شد. در شکل‌های ۱ تا ۹ تغییرات نمرات هر سه شرکت‌کننده، در مقیاس‌های رضایت زناشویی، ذهنی‌سازی و کارکرد تأملی در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری به صورت تصویری جهت تحلیل دیداری درون موقعیتی داده‌ها ارائه شده است.

مرزی تدوین شده است که با توجه به نیازهای نمونه‌های مورد مطالعه بازبینی و اصلاح قرار گرفت و در نهایت به صورت زیر اعمال شد. شرکت‌کننده‌ها در ۱۲ جلسه آموزش روانشناختی برای ارتقا ظرفیت ذهنی‌سازی و رضایت زناشویی به صورت هفتگی در جلسات ۱ ساعته و ۳۰ دقیقه، شرکت نمودند. در فرآیند آموزش، رهبر گروه در اولین جلسه بر ماهیت آموزشی گروه تأکید می‌کند و به این نکته اشاره دارد که جلسات گروهی فرصتی برای طرح عمیق معضلات و مشکلات زوجین را فراهم نمی‌کند و همچنین سعی می‌کند تا اعضا را با مفهوم ذهنی‌سازی بیشتر آشنا کند و با ارائه مثال‌ها و با تمرین‌های انجام شده نشان بدهد که ذهنی‌سازی یک مهارت ذهنی درباره ذهن خود و دیگری است نه روایت توصیفی موقعیت. در جلسه دوم بسیار مهم است که ابعاد مختلف ذهنی‌سازی به شیوه‌ای قابل فهم توسط رهبر گروه توضیح داده شود و در جلسه سوم بر این نکته تأکید می‌کند که یک پیش شرط مهم برای داشتن روابط خوب فهم دیگری به طور نسبتاً دقیق است. تا اینجا تمرکز اصلی رهبر گروه بر این است که اعضا به این آگاهی برسند که چگونه ذهنی‌سازی به عنوان یک ظرفیت در خود و دیگری اتفاق می‌افتد و چگونه می‌تواند روابط را تحت تأثیر خودش قرار بدهد نکته دیگر این که چگونه این ظرفیت، علت اصلی احساس‌های منفی و مزمن در روابط و آسیب دیدن و رنج او هستند. جلسه چهارم فرصت مناسبی برای بیان مؤلفه‌هایی است که از طریق تحلیل محتوا به دست آمده‌اند و در بدفهمی‌های روابط تأثیرگذار هستند. رهبر گروه در این جلسه تلاش می‌کند تا اعضا را نسبت به الگوهای ارتباطی خود با توجه به مؤلفه‌های به دست آمده در ارتباط با همسرشان هشیار کند. رهبر گروه در جلسه پنجم اولین مؤلفه یعنی کنجکاوی را مطرح می‌کند و تلاش می‌کند مفهوم آن برای اعضا روشن‌تر کند و علاوه بر این از شرکت‌کنندگان درخواست می‌کند تا این مؤلفه را در رابطه با همسران خویش به کار گیرند، به این ترتیب که در گفت‌وگوها و بحث‌های روزمره که با همسران خود دارند با در نظر گرفتن آنچه در خودشان می‌گذرد نسبت به ذهن و دنیای درون روانی همسر خویش کنجکاو باشند و این مسأله را در نظر بگیرند و در صورت تمایل گزارش بدهند که چه میزان شباهت و تفاوت بین آنچه آن‌ها در

جدول (۱) نمرات شرکت کنندگان در مقیاس رضایت زناشویی، ذهنی سازی و کارکرد تأملی

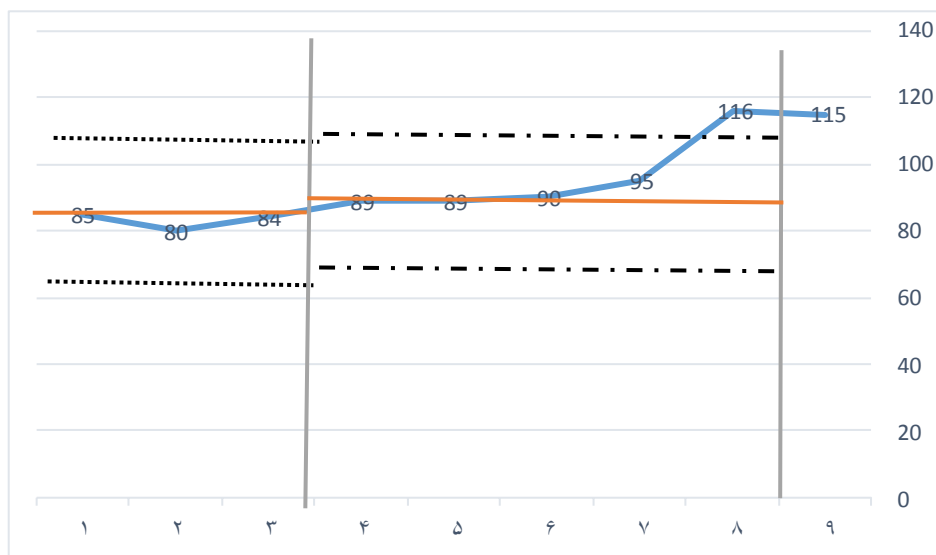
متغیرها	نفر اول			نفر دوم			نفر سوم		
	رضایت زناشویی	ذهنی سازی	کارکرد تأملی	رضایت زناشویی	ذهنی سازی	کارکرد تأملی	رضایت زناشویی	ذهنی سازی	کارکرد تأملی
خط پایه اول	۱۸	۸۵	۱۶	۱۹	۸۹	۱۲	۱۷	۸۴	۱۸
خط پایه دوم	۱۸	۸۰	۱۶	۱۷	۹۲	۱۳	۱۹	۷۵	۱۸
خط پایه سوم	۱۷	۸۴	۱۵	۱۹	۸۵	۱۱	۱۸	۸۰	۱۷
ارزیابی اول در فرآیند درمان	۲۰	۸۹	۱۴	۲۲	۱۰۰	۱۰	۱۹	۸۵	۱۶
ارزیابی دوم در فرآیند درمان	۲۱	۸۹	۱۲	۲۴	۱۰۵	۸	۲۱	۹۵	۱۵
ارزیابی سوم در فرآیند درمان	۲۳	۹۰	۱۲	۲۴	۱۰۵	۸	۲۲	۹۹	۱۰
ارزیابی چهارم در فرآیند درمان	۲۵	۹۵	۱۰	۲۵	۱۲۱	۷	۲۶	۱۱۰	۸
ارزیابی پنجم در فرآیند درمان	۳۳	۱۱۶	۷	۳۵	۱۲۲	۵	۳۲	۱۱۵	۸
میزان اثربخشی در ارزیابی پنجم	۰/۸۳	۰/۳۶	۰/۵۶	۰/۸۴	۰/۳۷	۰/۵۸	۰/۸۸	۰/۳۶	۰/۵۵
پیگیری	۳۰	۱۱۵	۸	۳۵	۱۲۰	۵	۳۱	۱۱۰	۸
میزان اثربخشی پیگیری	۰/۶۷	۰/۳۵	۰/۵۰	۰/۸۴	۰/۳۵	۰/۵۸	۰/۸۲	۰/۳۱	۰/۵۵

جدول (۲) نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی داده‌ها نفر اول

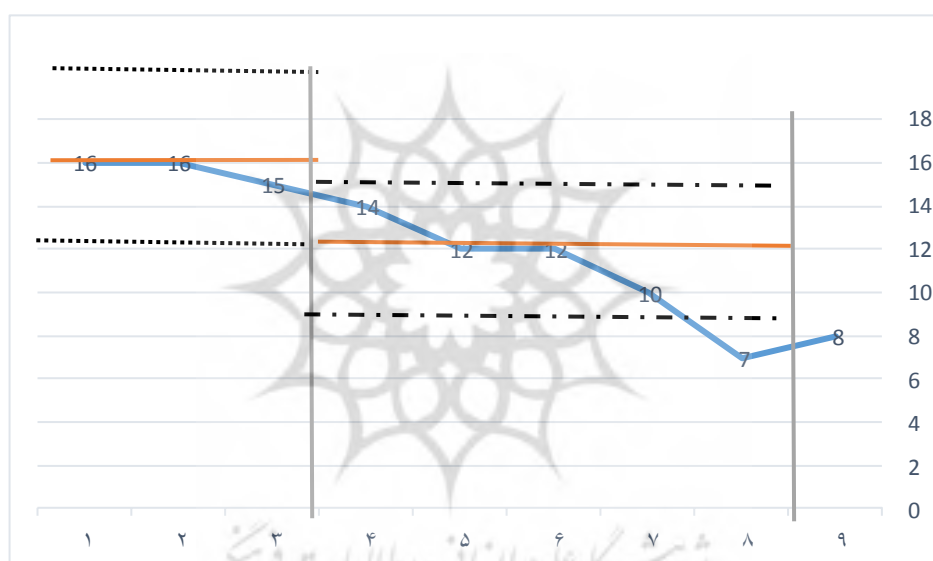
افراد	نفر اول					
	رضایت زناشویی		ذهنی سازی		کارکرد تأملی	
متغیر	A	B	A	B	A	B
سطح						
میانگین	۱۷/۶۶	۲۴/۴	۸۳	۹۵/۸	۱۵/۶۶	۱۱
میانه	۱۸	۲۳	۸۴	۹۰	۱۶	۱۲
دامنه تغییرات	۱	۱۳	۵	۲۷	۱	۷
محفظه ثبات	۲۲/۵۰-۱۳/۵۰	۲۹-۱۷	۱۰۵-۶۳	۱۱۲/۵-۶۷/۵	۲۰-۱۲	۱۵-۹
تعداد نقاط در یا درون محفظه	۳	۴	۳	۴	۳	۴
درصد	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰



شکل (۱) تغییرات نمرات و محفظه تغییرات شرکت کننده اول در مقیاس رضایت زناشویی



شکل ۲) تغییر نمرات و محفظه تغییرات شرکت‌کننده اول در مقیاس ذهنی‌سازی



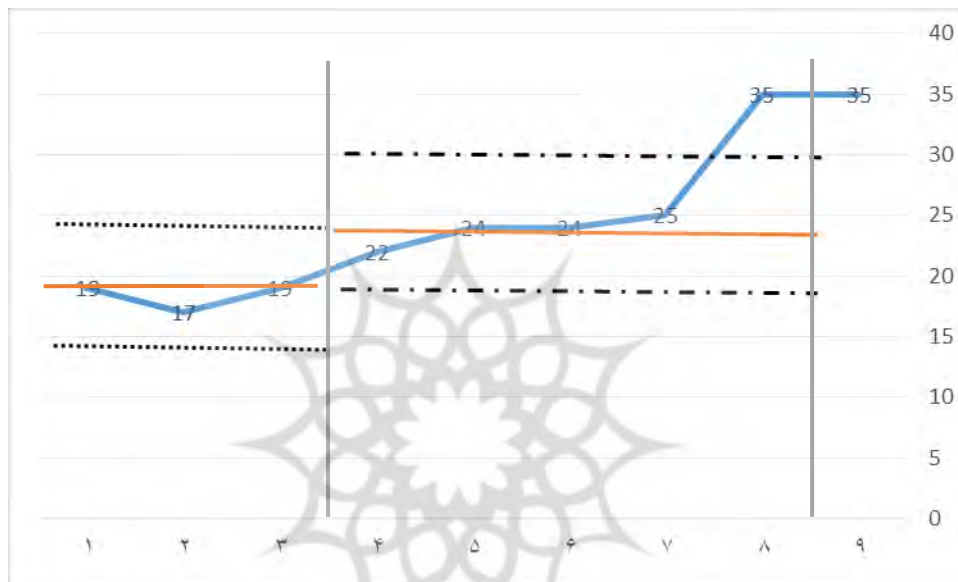
شکل ۳) تغییر نمرات و محفظه تغییرات شرکت‌کننده اول در مقیاس کارکرد تأملی

در شکل ۱، ۲ و ۳ تغییرات نمرات شرکت‌کننده اول در مقیاس‌های رضایت زناشویی، ذهنی‌سازی و کارکرد تأملی نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، نمرات شرکت‌کننده دوم در مرحله مداخله و پیگیری در مقیاس‌های رضایت زناشویی و ذهنی‌سازی نسبت به خط پایه افزایش یافته است و نمرات مقیاس کارکرد تأملی در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه کاهش یافته است. همچنین، ۸۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله در محفظه ثبات قرار دارند و بنابراین براساس قانون ۲۰ تا ۸۰ درصدی روند تغییر داده‌ها نیز با ثبات است. یعنی آهنگ تغییر داده‌ها نیز با یک تغییر ثابت در حال اتفاق افتادن است.

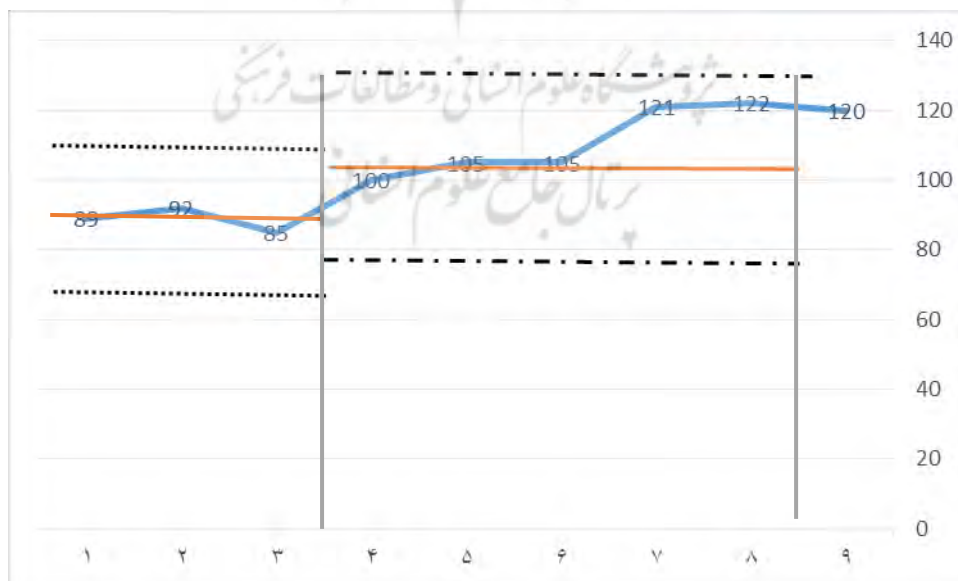
در شکل ۱، ۲ و ۳ تغییرات نمرات شرکت‌کننده اول در مقیاس‌های رضایت زناشویی، ذهنی‌سازی و کارکرد تأملی نشان داده شده است. نمرات شرکت‌کننده اول در مرحله مداخله و پیگیری در مقیاس‌های رضایت زناشویی و ذهنی‌سازی نسبت به خط پایه افزایش یافته است و نمرات مقیاس کارکرد تأملی در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه کاهش یافته است. همچنین، ۸۰ درصد داده‌ها در مرحله خط پایه و مرحله مداخله در محفظه ثبات قرار دارند و بنابراین براساس قانون ۲۰ تا ۸۰ درصدی روند تغییر داده‌ها نیز با ثبات است. یعنی آهنگ تغییر داده‌ها نیز با یک تغییر ثابت در حال اتفاق افتادن است.

جدول ۳) نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی داده‌ها نفر دوم

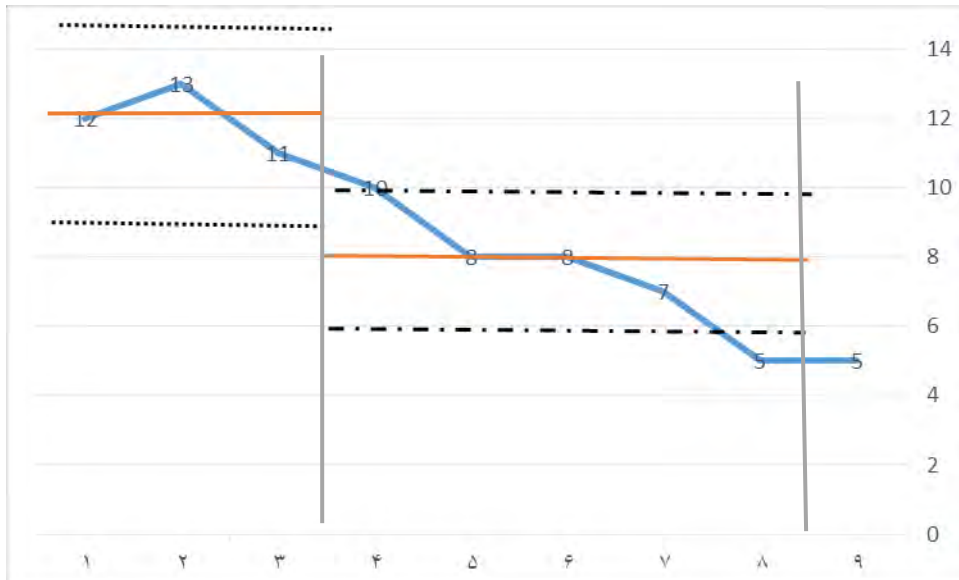
نفر دوم						افراد
کارکرد تأملی		ذهنی سازی		رضایت زناشویی		متغیر
B	A	B	A	B	A	سطح
۷/۶	۱۲	۱۱۰/۶	۸۸/۶۶	۲۶	۱۸/۳۳	میانگین
۸	۱۲	۱۰۵	۸۹	۲۴	۱۹	میانه
۵	۲	۲۲	۷	۱۳	۲	دامنه تغییرات
۱۰-۶	۱۵-۹	۱۳۱/۵-۷۸/۵	۱۱۱/۵-۶۶/۵	۳۰-۱۸	۲۴-۱۴	محفظة ثبات
۴	۳	۵	۳	۴	۳	تعداد نقاط در یا درون محفظة
۸۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	درصد



شکل ۴) تغییر نمرات و محفظة تغییرات شرکت کننده دوم در مقیاس رضایت زناشویی



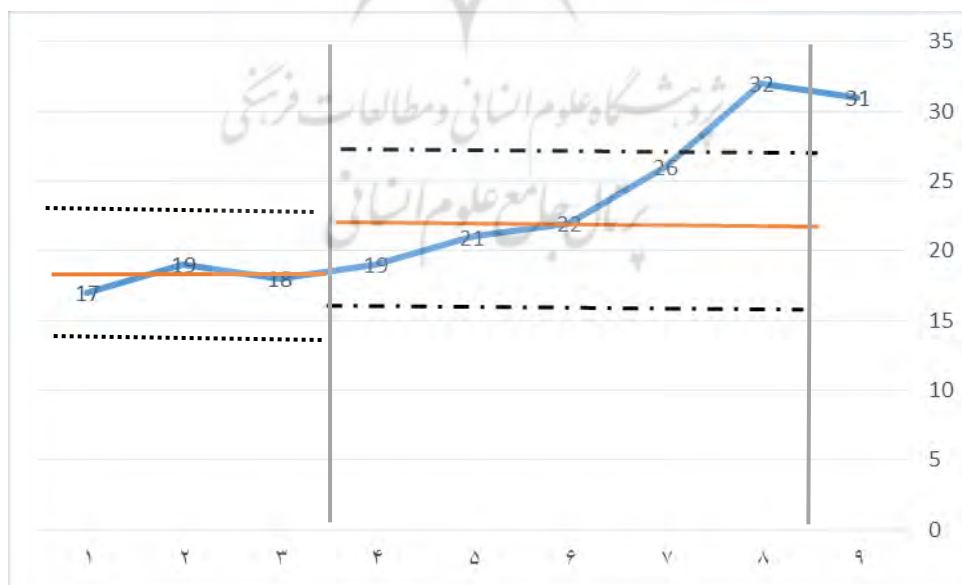
شکل ۵) تغییر نمرات و محفظة تغییرات شرکت کننده دوم در مقیاس ذهنی سازی



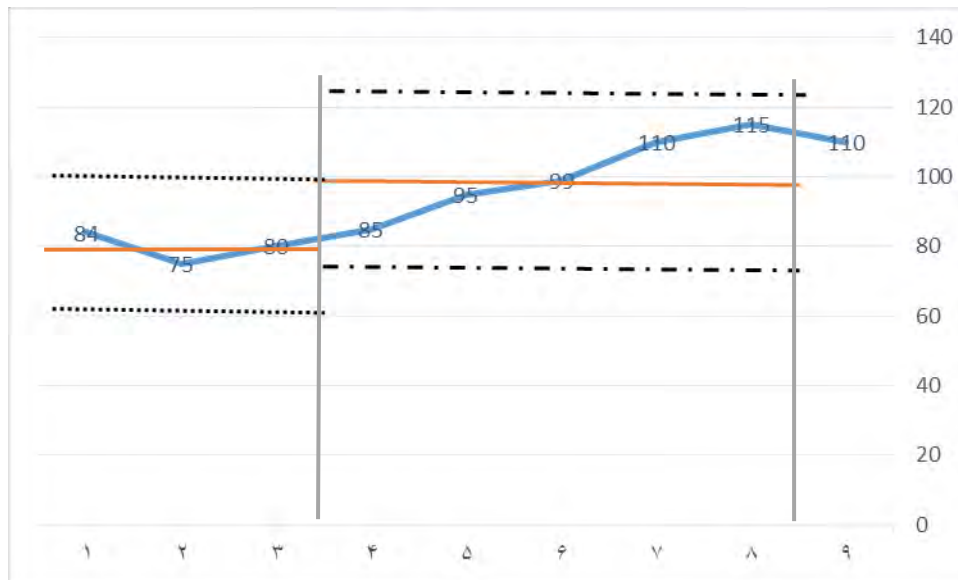
شکل ۶) تغییرنمرات و محفظه تغییرات شرکت کننده دوم در مقیاس کارکرد تأملی

جدول ۴) نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی داده‌ها نفر سوم

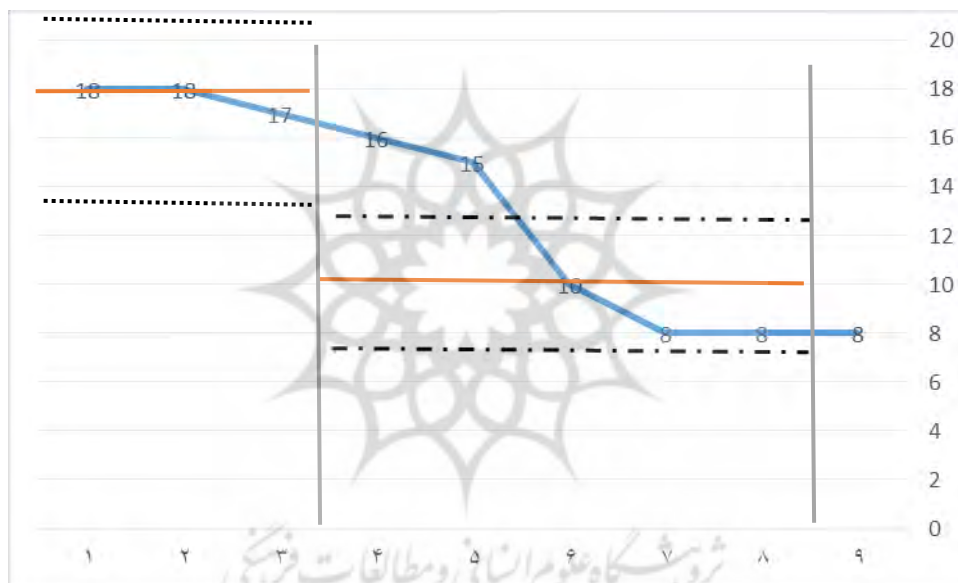
نفر سوم						افراد
کارکرد تأملی		ذهنی سازی		رضایت زناشویی		متغیر
B	A	B	A	B	A	سطح
۱۱/۴	۱۷/۶۶	۱۰۰/۸	۷۹/۶۶	۲۴	۱۸	میانگین
۱۰	۱۸	۹۹	۸۰	۲۲	۱۸	میانه
۸	۱	۳۰	۹	۱۳	۲	دامنه تغییرات
۱۲/۵-۷/۵	۲۲/۵-۱۳/۵	۱۲۴-۷۴	۱۰۰-۶۰	۲۷/۵-۱۶/۵	۲۲/۵-۱۳/۵	محفظة ثبات
۳	۳	۵	۳	۴	۳	تعداد نقاط در یا درون محفظه
۶۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	درصد



شکل ۷) تغییر نمرات و محفظه تغییرات شرکت کننده دوم در مقیاس رضایت زناشویی



شکل ۸) تغییر نمرات و محفظه تغییرات شرکت کننده دوم در مقیاس ذهنی سازی



شکل ۹) تغییر نمرات و محفظه تغییرات شرکت کننده سوم در مقیاس کارکرد تأملی

در شکل ۷، ۸ و ۹ تغییرات نمرات شرکت کننده سوم در مقیاس‌های رضایت زناشویی، کارکرد تأملی و ذهنی سازی نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، نمرات شرکت کننده سوم در مرحله مداخله و پیگیری در مقیاس‌های رضایت زناشویی و ذهنی سازی نسبت به خط پایه افزایش یافته است و نمرات مقیاس کارکرد تأملی در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به خط پایه کاهش یافته است. همچنین، حداقل ۶۰ درصد داده‌ها در مرحله خط پایه و مرحله مداخله در محفظه ثبات قرار دارند و بنابراین براساس قانون ۲۰ تا ۸۰ درصدی روند تغییر داده‌ها نیز باثبات است. یعنی آهنگ تغییر داده‌ها نیز با یک تغییر ثابت در حال اتفاق افتادن است.

جدول ۵) خلاصه‌ای از تحلیل دیداری و آماری بین‌موقعیتی داده‌ها

مقایسه موقعیت A به B	نفر اول			نفر دوم			نفر سوم	
	رضایت زناشویی	ذهنی سازی	کارکرد تأملی	رضایت زناشویی	ذهنی سازی	کارکرد تأملی	رضایت زناشویی	ذهنی سازی
تغییر درجهت روند	منفی به مثبت	مثبت به منفی	منفی به منفی	مثبت به منفی	مثبت به منفی	منفی به منفی	مثبت به مثبت	مثبت به منفی
تغییر در اثر روند	مثبت	مثبت	منفی	مثبت	مثبت	منفی	مثبت	منفی
تغییر در ثبات روند	با ثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات	بائثبات
تغییر نسبی سطح	۲۱-۱۷/۵	۸۹-۸۴/۵	۱۲-۱۵/۵	۹۰/۵-۱۰۵	۲۴-۱۸	۱۲-۱۵/۵	۱۸/۲۱-۵	۹۵-۸۲
تغییر مطلق سطح	۲۰-۱۷	۸۹-۸۴	۱۴-۱۵	۱۰۰-۸۵	۲۲-۱۹	۱۴-۱۵	۱۹-۱۸	۸۵-۸۰
تغییر در میانها	۲۳-۱۸	۹۰-۸۴	۱۲-۱۶	۱۰۵-۸۹	۲۴-۱۹	۱۲-۱۶	۲۲-۱۸	۹۹-۸۰
تغییر در میانگین‌ها	۲۴/۴- ۱۷/۶۶	۹۵/۸-۸۳	۱۱-۱۵/۶	۱۱۰/۶-۸۸/۶	۲۶-۱۸/۳۳	۱۱-۱۵/۶	۲۴-۱۸	۱۰۰/۸-۷۹/۶
ضریب تأثیر	۰/۳۸	۰/۱۵	۰/۲۹	۰/۲۵	۰/۷۱	۰/۲۹	۰/۳۳	۰/۲۷
PND	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰
POD	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۰	۰
IRD	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
PEM	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در شرکت‌کننده اول، میانگین نمره مقیاس رضایت زناشویی در مرحله مداخله ($x=24/4$) نسبت به میانگین خط پایه ($x=17/66$) افزایش یافته است. به علاوه، تغییر در جهت روند دیده می‌شود که یک تغییر مثبت است و داده‌ها در خط پایه و مرحله مداخله ثبات خود را حفظ کرده‌اند. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه هستند و همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد صفر درصد داده‌ها در مرحله مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه است. تفاوت میزان بهبودی (IRD) نشان دهنده این است که تفاوت میزان بهبودی بین خط پایه و مرحله مداخله ۱۰۰ درصد است. درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) بیانگر این است که ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از میانه خط پایه قرار می‌گیرند. همچنین،

میانگین نمره مقیاس ذهنی‌سازی در شرکت‌کننده اول نشان دهنده این است که میانگین مرحله مداخله ($x=95/8$) نسبت به میانگین خط پایه ($x=83$) افزایش یافته است. به علاوه، تغییر در جهت روند دیده می‌شود که یک تغییر منفی است و داده‌ها در خط پایه و مرحله مداخله ثبات خود را حفظ کرده‌اند. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه هستند و همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد صفر درصد داده‌ها در مرحله مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه است. تفاوت میزان بهبودی (IRD) نشان دهنده این است که تفاوت میزان بهبودی بین خط پایه و مرحله مداخله ۱۰۰ درصد است. درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) بیانگر این است که ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از میانه خط پایه قرار می‌گیرند.

همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد صفر درصد داده‌ها در مرحله مداخله پایین‌تر از بزرگترین داده در مرحله خط پایه است. تفاوت میزان بهبودی (IRD) نشان دهنده این است که تفاوت میزان بهبودی بین خط پایه و مرحله مداخله ۱۰۰ درصد است. درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) بیانگر این است که ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از میانه خط پایه قرار می‌گیرند.

میانگین نمره کارکرد تأملی در شرکت‌کننده دوم نشان دهنده این است که میانگین مرحله مداخله ($x=7/6$) نسبت به میانگین خط پایه ($x=12$) کاهش یافته است. به علاوه، تغییر در جهت روند دیده می‌شود که یک تغییر منفی است و داده‌ها در خط پایه و مرحله مداخله ثابت خود را حفظ کرده اند. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه هستند و همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد صفر درصد داده‌ها در مرحله مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه است. تفاوت میزان بهبودی (IRD) نشان دهنده این است که تفاوت میزان بهبودی بین خط پایه و مرحله مداخله ۱۰۰ درصد است. درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) بیانگر این است که ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از میانه خط پایه قرار می‌گیرند.

برطبق جدول ۳، در شرکت‌کننده سوم، میانگین نمره مقیاس رضایت‌ناشویی در مرحله مداخله ($x=24$) به نسبت به میانگین خط پایه ($x=18$) افزایش یافته است. به علاوه، تغییر در جهت روند دیده می‌شود که یک تغییر مثبت است و داده‌ها در خط پایه و مرحله مداخله ثابت خود را حفظ کرده اند. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۸۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه هستند و همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد ۲۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه است. تفاوت میزان بهبودی (IRD) نشان دهنده این است که تفاوت میزان بهبودی بین خط پایه و مرحله مداخله ۱۰۰ درصد است. درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) بیانگر این است که ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از میانه خط پایه قرار می‌گیرند. همچنین، میانگین نمره مقیاس ذهنی

میانگین نمره کارکرد تأملی در شرکت‌کننده اول نشان دهنده این است که میانگین مرحله مداخله ($x=11$) نسبت به میانگین خط پایه ($x=15/6$) کاهش یافته است. به علاوه، تغییر در جهت روند دیده می‌شود که یک تغییر منفی است و داده‌ها در خط پایه و مرحله مداخله ثابت خود را حفظ کرده اند. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه هستند و همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد صفر درصد داده‌ها در مرحله مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه است. تفاوت میزان بهبودی (IRD) نشان دهنده این است که تفاوت میزان بهبودی بین خط پایه و مرحله مداخله ۱۰۰ درصد است. درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) بیانگر این است که ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از میانه خط پایه قرار می‌گیرند.

براساس جدول ۵، در شرکت‌کننده دوم، میانگین نمره مقیاس رضایت‌ناشویی در مرحله مداخله ($x=26$) نسبت به میانگین خط پایه ($x=18/33$) افزایش یافته است. به علاوه، تغییر در جهت روند دیده می‌شود که یک تغییر مثبت است و داده‌ها در خط پایه و مرحله مداخله ثابت خود را حفظ کرده اند. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه هستند و همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد صفر درصد داده‌ها در مرحله مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه است. تفاوت میزان بهبودی (IRD) نشان دهنده این است که تفاوت میزان بهبودی بین خط پایه و مرحله مداخله ۱۰۰ درصد است. درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) بیانگر این است که ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از میانه خط پایه قرار می‌گیرند. میانگین نمره مقیاس ذهنی‌سازی در شرکت‌کننده دوم، نشان دهنده این است که میانگین مرحله مداخله ($x=110/6$) نسبت به میانگین خط پایه ($x=88/6$) افزایش یافته است. به علاوه، تغییر در جهت روند دیده می‌شود که یک تغییر منفی است و داده‌ها در خط پایه و مرحله مداخله ثابت خود را حفظ کرده‌اند. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه هستند و

متمرکز است و با نسبت دادن بدترین حالت به ذهن او از همسر خود فاصله می‌گیرد، کاری که همسرش نیز در قبال رفتار ترانه انجام می‌دهد و فاصله می‌گیرد. در طول آموزش‌های انجام شده توسط رهبر گروه، ترانه در جوی آرام و همدلانه به الگویی که در رابطه با همسرش اتفاق می‌افتد و منجر به مشاجرات طولانی می‌شد هشیار شد و توانست به این آگاهی برسد که همسرش ذهنی جداگانه، مستقل و از همه مهمتر متفاوت از ترانه دارد که می‌تواند نسبت به تجارب اتفاق افتاده برداشت متفاوتی داشته باشد که لزوماً به معنای بدترین برداشت و آنچه در ذهن ترانه می‌گذرد نیست و یک راه مهم برای رسیدن به ذهن دیگری و آگاه شدن از آنچه در همسرش می‌گذرد از راه صحبت کردن و به اشتراک گذاشتن تجارب آن‌ها اتفاق می‌افتد. تمرین این مهارت در ارتباط ترانه با همسرش منجر شد که ترانه به آرامی نسبت به آنچه در ذهن همسرش می‌گذرد کنجکاو باشد و در نتیجه زمان بیشتری را برای صحبت کردن با یکدیگر اختصاص بدهند.

شرکت‌کننده دوم: در ارزیابی اولیه‌ای که نسبت به نیاز و ارتباط با همسرش اتفاق افتاد، الگویی که به وضوح قابل ردیابی بود، این بود که نیاز هنگامی که در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌آور زندگی و البته رابطه زناشویی قرار می‌گیرد تمایل به واکنش فوری برای صحبت و حل کردن مشکل دارد در حالی که همسرش زمان بروز مشکل تمایل به کناره گرفتن از اوضاع و دور شدن از شرایط دارد و بعد از سپری شدن یک فاصله زمانی همسرش برای حل مشکل و صحبت کردن از آن پیش قدم می‌شود و موضوعی که در طول این فرآیند به ذهن نیاز خطور می‌کند این بود که شاید به اندازه‌ای که او برای این رابطه تلاش می‌کند همسرش این کار را انجام نمی‌دهد و نسبت رابطه و اتفاقات افتاده سطحی از بی‌تفاوتی و بی‌خیالی را نشان می‌دهد ظهور همین تفکر و تفکراتی از این دست در ذهن نیاز باعث بروز ناراحتی بیشتر و واکنش بیشتر به اوضاع می‌شود. در همین راستا این شیوه و الگوی متفاوت در مواجهه با مشکلات باعث دامن زدن بیشتر به اختلافات و مشاجرات آن‌ها می‌شود و روی سطح رضایت زناشویی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. در طول جلسات آموزش، صحبت‌ها و آموزش‌های اتفاق افتاده با نیاز و در جوی آرام و به دور از قضاوت، توانست از الگوی

سازی در شرکت‌کننده سوم، نشان دهنده این است که میانگین مرحله مداخله ($x=100/8$) نسبت به میانگین خط پایه ($x=79/6$) افزایش یافته است. به علاوه، تغییر در جهت روند دیده می‌شود که یک تغییر منفی است و داده‌ها در خط پایه و مرحله مداخله ثابت خود را حفظ کرده‌اند. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه هستند و همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد ۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه است. تفاوت میزان بهبودی (IRD) نشان دهنده این است که تفاوت میزان بهبودی بین خط پایه و مرحله مداخله ۱۰۰ درصد است. درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) بیانگر این است که ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از میانه خط پایه قرار می‌گیرند.

میانگین نمره کارکرد تأملی در شرکت‌کننده سوم نشان دهنده این است که میانگین مرحله مداخله ($x=11/4$) نسبت به میانگین خط پایه ($x=17/6$) کاهش یافته است. به علاوه، تغییر در جهت روند دیده می‌شود که یک تغییر منفی است و داده‌ها در خط پایه و مرحله مداخله ثابت خود را حفظ کرده‌اند. درصد داده‌های ناهمپوش (PND) نشان می‌دهد ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه هستند و همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) نشان می‌دهد ۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله پایین‌تر از بزرگ‌ترین داده در مرحله خط پایه است. تفاوت میزان بهبودی (IRD) نشان دهنده این است که تفاوت میزان بهبودی بین خط پایه و مرحله مداخله ۱۰۰ درصد است. درصد عبور داده‌ها از میانه (PEM) بیانگر این است که ۱۰۰ درصد داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از میانه خط پایه قرار می‌گیرند.

نتایج بررسی بالینی در مورد تغییر در شرکت‌کننده‌ها شرکت‌کننده اول: در مصاحبه‌ی اولیه‌ای که با ترانه صورت گرفت این الگو حاصل شد که ترانه در ارتباط با همسرش مخصوصاً زمانی که اختلاف‌نظری به وجود می‌آید در مورد ذهنیت همسر و آنچه در دنیای درون روانی همسرش می‌گذرد کنجکاو نمی‌کند و بلکه نسبت به آنچه در ذهن خودش می‌گذرد و برداشتی که از موضوع داشته است کاملاً

میگذرد کنجکاو می‌شود و حتی این ترس و نگرانی که در درون خودش اتفاق می‌افتد را نیز با همسرش در میان می‌گذارد و باعث پذیرش بیشتر از سوی همسر و تلاش برای امنیت بیشتر به هومن دادن اتفاق می‌افتد و البته که این فرآیند متوقف کردن افکار و تلاش برای جستجو و تأمل در ذهن دیگری به تمرین‌های در طول جلسات برای هومن میسر شد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر ذهنی سازی بر ارتقاء ظرفیت ذهنی‌سازی و رضایت زناشویی در افراد متأهل ناراضی ایرانی بود. با نگاهی به نتایج پژوهش حاضر می‌توان اذعان کرد که آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی توانسته است ظرفیت ذهنی‌سازی و به تبع آن رضایت زناشویی را در زوجینی با سطحی از ناراضی‌تایی افزایش دهد و از سویی ارزیابی بالینی بیانگر آن است که اعضای گروه توانسته‌اند، نسبت به الگوهای ناسالم ارتباطی خود با همسرشان هشیار شوند و با آگاهی از این الگوها، روابط بهتری را با یک‌دیگر برقرار کنند، برای بیان احساسات و خواسته‌های خود و همسرشان، فضای امن‌تری را ایجاد کنند و چالش‌هایشان را به شیوه مسالمت‌آمیزی حل نمایند. رشد ذهنی‌سازی قوی و متعادل به درک مناسب حالات ذهنی کودک توسط مراقب مهربان، مواظب و غیرتهدیدگر بستگی دارد.

تجربه کودک از آینه‌واری شاخص واکنش‌های هیجانی‌اش توسط مراقبان اصلی، اهمیت ویژه‌ای دارد. در این فرآیند، مراقب به جای بازتاب صرف هیجان‌ات کودک، عاطفه کودک را به شکلی بازتاب می‌دهد که همزمان هم بیانگر تأیید و درک حالت کودک است و هم شیوه‌ای از انطباق را انتقال می‌دهد (۴۳، ۴۴). تجربه آینه‌واری مناسب، به کودک کمک می‌کند تا بازنمایی‌های مرتبه دوم را از تجربیات ذهنی خود پرورش دهد. در نتیجه این امر، تأثیر مثبتی روی ظهور خودکنترلی (شامل سازوکارهای توجه و کنترل نیازمند تلاش) و تنظیم عواطف دارد؛ زیرا رشد ظرفیت تأمل بر حالات ذهنی، زمینه‌ای را برای این فرآیندهای تنظیم‌کننده فراهم می‌کند. تصور بر این است که در ادامه زندگی، با قرار گرفتن کودک در محیط‌های دیگر (برای مثال همسالان، معلم‌ها، دوستان و مخصوصاً در رابطه زناشویی) که تمرکز

ارتباطی بین خودش و همسرش بیشتر آگاه شود. اینکه ممکن است برای رسیدن به یک هدف مشترک مانند حل مشکل در روابط، افراد ممکن است به شیوه متفاوتی عمل کنند، به این دلیل که هر یک از افراد در برابر تجارب مشترک به شیوه متفاوت می‌توانند فکر و عمل کنند که این نیز برخاسته از سبکی است که سالیان سال فرد باتوجه به تجربه‌های گذشته‌اش به آن‌ها واکنش نشان داده است و نیاز با توجه به تمایلات و نیازهای ذهن خودش و همچنین در نظر گرفتن تمایلات و نیازهای ذهن همسرش توانست با همسرش در جوی آرام، بدون سرزنش و قضاوت در مورد این شیوه متفاوت واکنش به مشکلات صحبت کند و به توافق اولیه برای در نظر گرفتن مدت زمان مشخصی طبق ذهن خودش و همسرش دست پیدا کنند که در نتیجه آن به گفته خود سطحی بالاتر از رضایت را در رابطه‌شان تجربه کنند.

شرکت‌کننده سوم: در ارزیابی اولیه‌ای که از طریق مصاحبه با هومن صورت گرفت به یک الگوی نسبتاً واضح در ارتباطش با همسرش رسیدیم، اینکه هومن باتوجه به زمان زیادی از ازدواج آن‌ها نگذشته است این نگرانی و تفکر که ممکن است همسرش را از دست بدهد که این تفکر نیز ناشی از تجربه از دست دادن مادرش در سال‌های اولیه کودکی و مخالفت‌های مداوم خانواده همسرش برای ازدواج آن‌ها و سختی‌های که هومن برای ازدواج با همسرش مواجهه شده است می‌باشد. و در نتیجه این نگرانی، هر مشاجره‌ای که بین او و همسرش اتفاق می‌افتد، هومن مضطرب می‌شود و با پرخاشگری که در مواجهه با مسائل و مشکلات زناشویی از خود نشان می‌دهد باعث پرخاشگری همسرش و در نتیجه دور شدن از همسرش و تجربه‌ی سطحی از ناراضی‌تایی در روابط آن‌ها می‌شود. در طول جلسات آموزش، هومن با کمک رهبر گروه از آنچه در دنیای درون روانی‌اش می‌گذرد و شیوه‌ای که به آن واکنش نشان می‌دهد و تأثیری که در نهایت روی رابطه او با همسرش می‌گذرد آگاه شد. در نتیجه این آگاهی هومن توانست ترس‌های درونش را بشناسد و از تأثیر اتفاقات گذشته بر خودش و دنیای درون روانی‌اش آگاه شود و زمانی که مشاجره‌ای بین او و همسرش اتفاق می‌افتاد با تأمل روی آنچه که در دورن خودش می‌گذرد و در نظر گرفتن آن، نسبت به آنچه نیز در درون همسرش نیز

به آن‌ها تجربیات "خود بیگانه" نیز گفته می‌شود. به ذهن در نیامدن و عدم اعتبار بخشی این تجربیات موجب می‌شود، این تجربیات نسبت به خود بیگانه احساس شوند (۴۷). شکست فرآیند آینه‌واری بخشی از بافت زندگی روزانه است: همانطور که گفته شد هیچ‌گاه هیچ‌کس نمی‌تواند در خصوص صحت (درستی) باورهایش درباره ذهن شخص دیگر مطمئن باشد و برخی ناهمکوک‌ها ناهمخوانی‌ها (در آینه‌واری شاخص تجربه‌ای اجتناب‌ناپذیر است و از این‌رو همه افراد حالات ذهنی، ذهنی‌سازی نشده‌ای دارند. با این حال، در انواع مختلفی از آسیب‌روانی، به طور خاص اختلال شخصیت مرزی که نتیجه ترکیب آسیب‌پذیری زیستی و شرایط محیطی است، این تجربیات خودبیگانه آنقدر چشم‌گیر اتفاق افتاده‌اند که ذهنیت غالب شخص را شکل داده‌اند. این امر منجر به یک فشار دائمی برای بیرونی کردن این تجربیات خود ذهنی‌سازی نشده می‌گردد که ممکن است به عنوان مثال در تمایل به تسلط بر ذهن دیگران یا انواع گوناگونی از رفتارهای خودجرمی (آسیب به خود) تجلی یابد (۴۸).

در سال‌های اخیر ذهنی‌سازی به عنوان یک مکانیزم ضروری برای تمام کارهای درمانی مؤثر پیشنهاد شده است (۲۷) و به آسانی قابلیت آموزش و کاربرد در زمینه‌های بالینی از جمله اختلال‌های خوردن (۲۸)، افسردگی (۲۹، ۳۰)، اختلالات سایکوتیک (۳۱)، سوءمصرف مواد (۳۲) و مداخله در بحران (۳۳) را دارد. همچنین ذهنی‌سازی در ارتباط با نوجوانان (۳۴، ۳۵) و خانواده‌درمانی (۳۶) مورد استفاده قرار گرفته است. هدف خانواده‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی، ارتقای کیفیت ذهنی‌سازی و به عبارتی غنی‌سازی، دقت و عمق دادن به این فرآیند در کل اعضای خانواده می‌باشد (۳۶). در واقع خانواده‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی معتقد است، فشار و تعارضی که بر خانواده و اعضای آن حاکم می‌شود، منجر به از دست دادن موقت ظرفیت فکر کردن در مورد احساسات و افکار عضو دیگر را از دست می‌شود (۳۷) و اگر عضوی از یک خانواده، ظرفیت ذهنی‌سازی را از دست بدهد، سایر اعضای خانواده نیز ممکن است به شکل گسترده‌تری از حالت تعادل خارج شوند، و حتی یک موضع‌گیری مستقیمی را در برابر ذهنی‌سازی نشان بدهند. این به نوبه خود منجر به افزایش برانگیختگی و قرار گرفتن در یک دور منفی از احساسات می‌شود و در نهایت، بازنمایی ذهن دیگران را در

بر حالات ذهنی درونی را می‌پروراند، رشد ذهنی‌سازی گسترده و تقویت می‌گردد (۳۲) از دل ظرفیت ذهنی‌سازی، حس خود بودن و عاملیت هیجانی به وجود می‌آید که نخست از طریق آینه‌واری شاخص با مراقب اصلی ایجاد می‌گردد (۴۴). بعدها در تعاملات ذهنی‌سازی، مراقبین اصلی هیجانات کودک (و خود را) در قالب کلمات قرار می‌دهند. از طریق این روایت‌های ذهنی‌سازی، روابط پیرامون کودک و چارچوب‌های دنیای هیجانی کودک، برای او آشکار می‌گردند (۴۵). توانایی مراقب در به ذهن درآوردن به قدر کافی خوب کودک، به اندازه‌ای که بتواند به طور شاخص آینه‌وار باشد، یکی از مزایای قرار گرفتن در معرض یک والدگری حساس به کودک است. مراقب اصلی قادر است عاملیت هیجانی کودک و پیچیدگی روانشناختی او را تشخیص دهد، می‌تواند علامت‌های کودک را تفسیر کند و به شکلی مناسب به آن‌ها پاسخ دهد، ابراز طیف گسترده‌ای از هیجانات توسط کودک را تاب بیاورد و به نحوی مناسب و غیرتحمیل‌گرانه به آن‌ها پاسخ سازگاران‌ه‌ای بدهد (حداقل به اندازه‌ای که این‌ها به صورت مداوم توسط کودک احساس شود) (۴۵)؛ بنابراین نوزادان دارای دلبستگی ایمن نه تنها از نزدیکی و در دسترس بودن فیزیکی مراقب اولیه نفع می‌برند، بلکه از مزایای روانشناختی این مجاورت و در دسترس بودن نیز بهره‌مند می‌گردند. در شرایط عادی، دلبستگی ایمن و ذهنی‌سازی همراه و هماهنگ با هم شکل می‌گیرند (۴۶). نوزادانی که دلبستگی ایمن‌تری دارند احتمال پرورش ظرفیت ذهنی‌سازی بهتری در کودکی دارند؛ به عنوان مثال در درک به عقاید ماهرترند و در رابطه با همسالانشان همدلی بیشتری نشان می‌دهند (۴۳). به همین ترتیب، بر اساس عقل سلیم می‌توان گفت: اگر کودک توسط مراقبان اصلی به طور مناسبی به ذهن آورده شود، کودکان به ذهنی‌سازان بهتری می‌شوند و این به نوبه خود موجب می‌شود تا کودک، نسبت به تجربه به ذهن آورده شدن حساس‌تر شده و بهتر این فرآیند را درک کنند و این امر به نوبه خود کودک را توانمند می‌سازد که ذهنی‌سازان بهتری شوند و این چرخه ادامه خواهد یافت (۴۷). بالعکس، شکست مداوم یا جدی در فرآیند آینه‌واری شاخص، توسط مراقب اصلی، منجر به صدمه دیدن توانایی تأمل درباره خود و دیگران می‌شود که موجب بروز تجربیات غیرذهنی‌سازی شده خود می‌شود که

گرفته است و مناسب است که این الگو در مورد هردو زوج مورد ارزیابی قرار بگیرد.

منابع

1. Parseh, M., Naderi, F., Mehrbasi- Zadeh, M. (2016). The effectiveness of the cognitive-behavioral therapy family on conflict and satisfaction in couples visited the psychological centers. *Journal of Clinical Psychology Achievements*, (1) 1, 125-148. [In Persian].
2. Oprisan, E., & Cristea, D. (2012). A few variables of influence in the concept of marital satisfaction. *Procedia-Socia and Behavioral Sciences*, 33, 468-472.
3. Grechhoff, N., Jhonson, L., & halson, V. (2008). Predicting relationship status and satisfaction after six months among dating couples. *Journal of Marriage and the Family*, 58(10), 21-23.
4. Margelisch K, Schneewind KA, Violette J, Perrig-Chiello P. (2017). Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. *Aging Ment Health*;21(4):389-98.
5. Gattis, K. S., Berns, S., Simpson, L. E., & Christensen, A. (2004). Birds of A Feather or Strange Birds? Ties among personality dimensions, similarity and marital quality. *Journal of Family Psychology*, 18, 564-574
6. Luo, S., & Klohnen, E. C. (2005). Assertive mating and marital quality in newlyweds: A couple-centered approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 304-326
7. Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 52, No 3. 511-524.
8. Simpson, J. A. Rboles, W. S. Nelligam, G. S. (1998). G.S. (1998). Attachment theory and close relationships. Newyork: cuilford press.
9. Pines, M. A. (2005). Falling in love (why we choose the loves we choose). New York and hove: Routledge.
10. Naaman, S., Pappas, J., Makinen, J., Zuccarini, D., & Johnson - Douglas, S. (2005). Treating attachment Injured couples with emotionally focused therapy: A case study approach. *Psychiatry*, 68. 55 – 75.
11. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Separation, anxiety and anger*. New York: Basic
12. Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult Attachment, Working Models, and relationship quality in dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644 – 66
13. Johnson, S. M., Makinen, J. A., & Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 145 - 155.

فرد از بین می‌برد (۳۶). بنابراین در یک محیط خانوادگی، مشکلات نسبتاً کوچک و قابل حل فقط به خاطر قرار گرفتن اعضا در محیطی که ذهنی‌سازی وجود ندارد به موانع لاینحلی تبدیل می‌شود، که در بلند مدت بر روابط بین فردی اعضای خانواده تأثیر گذار است

تفاوت اصلی پژوهش حاضر در این است که علاوه بر برداختن به موقعیت‌های تعارضی ارتباط و تعارض‌های بین فردی، به تعارض‌های درون فردی نیز توجه کرده است؛ و مهمتر اینکه بررسی عمقی شرکت‌کننده‌ها نشان می‌دهد؛ وقایعی که در موقعیت‌های تعارضی بزرگسالی به ویژه در روابط با همسر بروز می‌کند؛ ریشه در ارتباط فرد با مراقب اولیه دارد. در این پژوهش تأکید اصلی بر دو مفهوم کنجکاوی و تنظیم هیجان است؛ این موارد در هیچکدام از الگوهای ارتباطی که در پژوهش‌های قبلی ذکر شد؛ مورد بررسی قرار نگرفته است. در واقع در پژوهش حاضر نکته بسیار مهم آن است که ذهنی‌سازی یکی از مهمترین سازه‌های روان‌پویسی در شکل‌گیری شخصیت است؛ که ردپای آن را در روابط بزرگسالی فرد می‌توان دید. از دیدگاه ذهنی‌سازی، فرد در بزرگسالی در هر موقعیت ارتباطی که قرار بگیرد الگوهای قالبی روابطی را که در گذشته درونی کرده؛ به طور ناهشیار تکرار می‌کند.

در بررسی پیشینه پژوهشی تا آنجا که پژوهشگر اطلاع دارد هیچ مطالعه‌ای که در زمینه شناسایی الگوهای غالب ارتباطی براساس دیدگاه ذهنی‌سازی در فرهنگ ایرانی انجام شده باشد یافت نشد و بیشتر پژوهش‌ها براساس نظریه دلبستگی و روابط موضوعی است. در واقع پژوهش حاضر در واریسی و کشف الگوهای شاخص ارتباطی براساس دیدگاه ذهنی‌سازی کاملاً جدید است.

در پژوهش حاضر باید چندین محدودیت را در نظر گرفت. نخست آنکه پژوهش حاضر به جهت اهمیت نشان دادن مکانیزم اثر و پرداختن به عمق آن از مطالعه تک موردی استفاده نموده‌است. بدیهی است که گرچه به جهت کنترل دقیق‌تر در این نوع مطالعات روایی درونی افزایش می‌یابد، از جهت روایی بیرونی باید با احتیاط به نتایج پرداخت. همچنین مناسب است که پایایی نتایج با پیگیری‌های با فاصله زمانی بیشتر مورد نظر قرار بگیرد. از سوی دیگر این مطالعه به جهت محدودیت‌ها تنها در مورد یکی از زوجین صورت

29. Taubner, S., Nolte, T., Luyten, P., & Fonagy, P. (2010). Mentalisierung und das Selbst. *Personalitätsstörungen Theorie Therapie*, 14(4), 243–258.
30. Luyten P, Fonagy P(2015). The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*;6(4):366-79.
31. Brent. B. (2009). Mentalization-Based Psychodynamic Psychotherapy for *Psychosis JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY: IN SESSION*, Vol. 65(8), 803—814.
32. Bateman, A.W., & Fonagy, P. (Eds.) (2011). Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, DC: *American Psychiatric Publishing*.
33. Bleiberg E. (2003). Treating professionals in crisis: a framework focused on promoting mentalizing. *Bull Menninger Clin*; 67:212–226.
34. Taubner, S., Curth, C. (2013). Mentalization mediates the relation between early traumatic experiences and aggressive behavior in adolescence. *PSIHOLOGIJA*, Vol. 46 (2), 177–192.
35. Bevington, D., Fuggle, P., Fonagy, P., Target, M., Asen, E. (2012). Innovations in Practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT) – a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health* 18, No. 1, pp. 46–51.
36. Asen, E., Fonagy, P., (2011). Mentalization-based Therapeutic Interventions for Families. *Journal of Family Therapy* 34: 347–370.
37. Luyten, P., Mayes, L., Fonagy, P., & Van Houdenhove, B. (2009). The interpersonal regulation of stress. Unpublished manuscript.
38. Farahani, H. (2020). Visual and statistical analysis of data in Single-Case Experimental Design (SCEDs): Best Practice. *Journal of Clinical Psychology & Personality*, Vol. 18(2), 183-195
39. Khanjani, N., Nakhaee, N. & Alireza Arab Alidousti, A. A. (2015). Reliability and Validity of the Persian versions of the ENRICH Marital Satisfaction (Brief version) and Kansas Marital Satisfaction Scales. *Journal of Health & Development*, Vol. 4, No. 2.
38. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, et al(2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. *PLOS ONE*;11(7):e015867
39. Luyten P, Fonagy P, Lowyck B, Vermote R(2012). Assessment of mentalization. In: Bateman AW, Fonagy P, editors. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. pp. 43-65.
40. P. Seyed mousavi, E. Vahidi, S. Ghanbari, S. Khoshroo, S. Sakkaki, "Reflective Functioning Questionnaire (RFQ): Psychometric Properties of the Persian Translation and Exploration of Its Mediating Role in the Relationship between
14. Feeney, J.A., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationship. *Journal of personality and social psychology*. 58, 281-291.
15. Pratt, T. A. (2002). Relations between adult attachment representations, affect regulation and affect expression in marital relationships. Graduate Program in Psychology. *Unpublished Doctoral Dissertation, The university of Western Ontario*
16. Lopez, F. & Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first year college transition: Relations to self - confidence, coping, and distress patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 355 – 364
17. Feeney, J.A., & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationship. *Journal of personality and social psychology*. 58, 281-291.
18. Bateman A, Fonagy P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press
19. Bateman A, Fonagy P(2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders A Practical Guide* Oxford, UK: Oxford University Press
20. Hughes, C., Jaffee, S. R., Happe, F., Taylor, A., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2005). Origins of individual differences in theory of mind: From nature to nurture? *Child Development*, 76, 356–370
21. Fonagy, P., & Target, M. (1997a). Attachment and reflective function: Their role in selforganization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.
22. Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7, 269–281.
23. Brent. B. (2009). Mentalization-Based Psychodynamic Psychotherapy for *Psychosis JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY: IN SESSION*, Vol. 65(8), 803—814.
24. Sharff, J.S. & Sharff, D. (2003). *Object relation and psychodynamic approaches to couple and family therapy*. New York: Brunner.
25. Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press
26. Bateman A, Fonagy P(2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders A Practical Guide* Oxford, UK: Oxford University Press
27. Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press
28. Skarderud F. (2007): Eating one's words, part 3: mentalization based psychotherapy for anorexia nervosa, an outline for treatment and a training manual. *Eur Eat Disord Rev*; 15:323–339.

Attachment to Parents and Internalizing and Externalizing Problems in Adolescents", Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, Vol.20, pp.1-18, 2021.

41. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. (2002), Affect Regulation, Mentalization and the development of the Self, New York, the Other Press.

42. Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The Social Biofeedback Theory Of Parental Affect-Mirroring:: The Development Of Emotional Self-Awareness And Self-Control In Inf. International Journal of PsychoAnalysis, 77, 1181-1212.

43. Fonagy P, Target M (1997) Attachment and reflective function: their role in self-organisation. Development and Psychopathology 9: 679-700.

44. Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder

45. Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. International Journal of Psycho-Analysis, 81(5), 853-873.

46. Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. Dev Psychopathol, 21(4), 1355-1381.

