



The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Distress Tolerance and Alexithymia in Women with Marital Conflicts

Behzad Taghipuor¹ , Hesam Vaseghi² , Elham Ahadi³ , Latifeh Dida³ ,
Parisa Seraj Mohammadi² , Fariba Abdi² 

1. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
2. Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran
3. Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Khalkhal Branch, Islamic Azad University, Khalkhal, Iran

Corresponding Author: Behzad Taghipuor

E-mail: behzad.taaghipuor1386@gmail.com

Received: 16 August 2025

Revised: 20 September 2025

Accepted: 22 September 2025

Published Online: 1 January 2026

Citation: Taghipuor, B., Vaseghi, H., Ahadi, E., Dida, L., Seraj Mohammadi, P. & Abdi, F. (2025). The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Distress Tolerance and Alexithymia in Women with Marital Conflicts. *Journal of Modern Psychological Researches*, 20(80), 65-75. DOI: [10.22034/jmpr.2025.68549.6762](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.68549.6762)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Marital conflict is recognized as one of the most significant psychological and emotional challenges in married life, exerting extensive impacts on the mental health and overall quality of life of couples. Contemporary research indicates that such conflicts not only diminish marital satisfaction but also elicit physiological responses such as heightened inflammatory reactions that can contribute to the development of various psychosomatic disorders.

Distress tolerance, defined as the individual's ability to endure and manage negative emotional states without resorting to impulsive or avoidant behaviors, is considered a core component of emotional regulation. Empirical evidence suggests that interpersonal conflicts, particularly those within marital relationships, can impair distress tolerance capacity, as these conflicts often evoke elevated levels of anxiety, stress, and psychological turmoil.

Marital conflict is also a key interpersonal factor implicated in the onset and exacerbation of alexithymia. When marital interactions are characterized by recurrent arguments, mutual blame, lack of empathy, and emotional insecurity, partners may adopt defensive coping strategies—such as emotional avoidance, suppression of feelings, or psychological withdrawal—to reduce interpersonal tension. Over time, these maladaptive processes may undermine the capacity for emotional expression, thereby reinforcing alexithymic tendencies.

The rationale for the present study lies in the observation that a considerable proportion of women, particularly those exposed to high-stress environments and traumatic life events, experience difficulties in identifying and expressing emotions (alexithymia) as well as challenges in managing and tolerating distress. Accordingly, the present research aims to examine the effectiveness of mentalization-based therapy (MBT) in enhancing distress tolerance and reducing alexithymia among women experiencing marital conflict.

Method: This study employed an applied research design using a quasi-experimental methodology with a pretest–posttest control group structure. The study population comprised all married women who sought services at counseling centers and psychological clinics in Ardabil, Iran, in 2024, and who were identified—through self-report and initial counselor assessment—as experiencing marital conflict. A total of 30 eligible participants were recruited via convenience sampling and randomly assigned to either the experimental group ($n = 15$) or the control group ($n = 15$). In the pretest phase, both groups completed two standardized instruments: the Distress Tolerance Scale and the Toronto Alexithymia Scale. The experimental group subsequently participated in a structured MBT program consisting of eight 90-minute sessions, delivered in accordance with established MBT protocols. The control group received no intervention during the study period and only participated in the pretest and posttest assessments. Upon completion of the intervention, both groups were reassessed using the same instruments as in the pretest. Data analysis was conducted using SPSS software. Descriptive statistics, including means and standard deviations for pretest and posttest scores, were calculated. To examine between-group differences while controlling for baseline scores, univariate analysis of covariance (ANCOVA) was performed for each dependent variable, and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was applied to assess the overall multivariate effect of the intervention.

Results: The analyses revealed significant post-test differences between the experimental and control groups in distress tolerance and alexithymia. While the experimental group demonstrated notable changes in both variables, the control group showed no substantial differences across measurement periods. Data were analyzed using multivariate and univariate analyses of covariance (MANCOVA and ANCOVA). Prior to conducting these analyses, the assumptions underlying ANCOVA were examined. The Shapiro–Wilk test confirmed that the distribution of scores met the normality assumption ($p > 0.01$). Levene’s test indicated homogeneity of variances for distress tolerance and alexithymia across groups. Mauchly’s test of sphericity showed that the sphericity assumption was violated for the “control” component ($p < 0.05$); therefore, the Greenhouse–Geisser correction was applied for this component. These results confirmed that the conditions for ANCOVA were met.

Table 1. Univariate ANCOVA for Comparing Mean Scores of Distress Tolerance and Alexithymia

Source of change	Dependent Variable	SS	df	Ms	F	p	Eta
Intervention	distress tolerance	140.16	1	140.16	31.63	0.001	0.64
	alexithymia	570.44	1	570.44	141.17	0.001	0.77
Error	distress tolerance	19.25	28	4.84			
	alexithymia	84.07	28	2.63			

As shown in Table 1, there was a statistically significant difference in post-test scores for distress tolerance and alexithymia ($p = 0.01$), indicating that mentalization-based therapy was effective in improving distress tolerance and reducing alexithymia in the intervention group.

Discussion: The present findings provide compelling evidence that MBT has a significant positive effect on distress tolerance and alexithymia, two variables with critical implications for interpersonal functioning. Within the marital context, where conflicts are frequently complex, persistent, and emotionally charged, capacities such as tolerating negative emotions and effectively identifying, processing, and expressing inner emotional states are essential for maintaining psychological stability and relationship continuity.

The results suggest that MBT, by strengthening the capacity to represent and interpret both intrapersonal and interpersonal mental states, enhances psychological resilience among women facing marital tensions. This process facilitates the recognition and articulation of previously suppressed emotions, thereby reducing alexithymia. Lower levels of alexithymia, in turn, contribute to fewer unresolved conflicts, greater emotional clarity, and improved quality of interpersonal interactions within the marital relationship. Such therapeutic gains not only diminish the intensity of marital disputes but also provide a foundation for rebuilding emotional bonds, promoting personal growth, and enhancing overall marital quality.

In conclusion, MBT by reconstructing the individual’s relationship with their own mind and the minds of others—opens new avenues for advancing mental health and interpersonal relationship quality, particularly in high-conflict marital contexts. These findings underscore the value of incorporating this approach into psychological interventions and offer a promising perspective for its application among women experiencing chronic marital discord.

KEYWORDS

Alexithymia, distress tolerance, marital conflicts, mentalization, women





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی



اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی در زنان با تعارضات زناشویی

بهزاد تقی پور^۱ , حسام واثقی^۲ , الهام احدی^۳ , لطیفه دیدا^۳ , پریرا سراج محمدی^۲ , فریا عبدی^۲ 

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خلخال، دانشگاه آزاد اسلامی، خلخال، ایران

نویسنده مسئول: بهزاد تقی پور

رایانامه: behzad.taaghipuor1386@gmail.com

استاددهی: تقی پور، بهزاد، واثقی، حسام، احدی، الهام، دیدا، لطیفه، سراج محمدی، پریرا و عبدی، فریا. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی در زنان با تعارضات زناشویی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۲۰(۸۰)، ۶۵-۷۵. DOI: [10.22034/jmpr.2025.68549.6762](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.68549.6762)

تاریخ دریافت: ۲۵ مرداد ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۲۹ شهریور ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۳۱ شهریور ۱۴۰۴

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۱ دی ۱۴۰۴

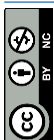
مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

تحمل پریشانی، تعارضات زناشویی، ذهنی‌سازی، زنان، ناگویی هیجانی

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی در زنان با تعارضات زناشویی بود. این مطالعه به روش نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان با تعارضات زناشویی در شهر اردبیل در سال ۱۴۰۳ بود که به مراکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره در شهر اردبیل مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جای داده شدند. گروه آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، مداخله‌ی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را دریافت کرد؛ درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی بود که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفتند. یافته‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به افزایش معنادار تحمل پریشانی و کاهش ناگویی هیجانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد ($p=0/01$). بر اساس این نتایج، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله‌ی مبتنی بر ذهنی‌سازی روشی مؤثر برای بهبود تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی در زنان با تعارضات زناشویی است.



مقدمه

تعارض زناشویی^۱ یکی از مهم‌ترین چالش‌های روانی و عاطفی در زندگی مشترک است که می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای بر سلامت روان و کیفیت زندگی زوجین داشته باشد. تحقیقات جدید نشان داده‌اند که این نوع تعارض نه تنها به کاهش رضایت زناشویی می‌انجامد، بلکه پاسخ‌های فیزیولوژیکی مانند افزایش واکنش‌های التهابی را نیز در بدن تحریک می‌کند، که می‌تواند به مشکلات روان‌تنی متعدد منجر شود (ویلسون^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، تنش‌های زناشویی تحت تأثیر عوامل بیرونی از جمله سوءرفتار در محیط کار و فشارهای روانی شغلی قرار دارند که با افزایش فرسودگی عاطفی، بار تعارض‌ها را تشدید می‌کنند و تعادل بین کار و خانواده را مختل می‌سازند (فاروخ^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). استرس‌های مرتبط با والدگری و وضعیت سلامت روان والدین، مانند افسردگی، به همراه سطح آشفتگی‌های هیجانی بین همسران، به شدت بر نحوه مدیریت تعارض‌های زناشویی تأثیرگذار هستند، به گونه‌ای که این آشفتگی‌ها می‌تواند نقش تحریک‌کننده داشته و پیامدهای منفی تعارض را افزایش دهد (پیلسورد^۴ و همکاران، ۲۰۲۳؛ دانگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). تعارضات زناشویی، به‌ویژه زمانی که مزمن یا حل‌نشده باقی می‌مانند، می‌توانند پیامدهای عمیقی بر سلامت روان و کارکرد هیجانی زنان برجای بگذارند. تجربه این تعارضات غالباً با فشار روانی شدید و آشفتگی هیجانی همراه است که ممکن است توانایی فرد در شناسایی، بیان و پردازش احساسات را مختل کرده و در نتیجه تحمل شرایط دشوار را کاهش دهد. چنین وضعیتی زمینه‌ساز بروز مشکلاتی مانند کاهش تحمل پریشانی و افزایش ناگویی هیجانی می‌شود که هر دو از عوامل مهم در تداوم رنج روان‌شناختی هستند. بررسی این متغیرها در بستر تعارضات زناشویی، می‌تواند درک دقیق‌تری از مکانیزم‌های آسیب‌زا ارائه دهد و مسیر مداخلات مؤثر را هموار سازد (دیویس و گریفین^۶، ۲۰۲۵).

تحمل پریشانی به عنوان توانایی فرد برای مقابله با هیجانات منفی بدون اقدام‌های تکانشی یا اجتنابی، یکی از مؤلفه‌های کلیدی در تنظیم هیجانی محسوب می‌شود. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که تعارضات بین‌فردی، به‌ویژه تعارض زناشویی، می‌تواند ظرفیت فرد برای تحمل پریشانی را تضعیف کنند، زیرا این تعارضات اغلب منجر به سطوح بالایی از اضطراب، استرس و آشفتگی روانی می‌شوند (دوگل‌میلان^۷ و همکاران، ۲۰۲۵). در واقع، محیط‌های خانوادگی پرتنش و درگیر، به‌ویژه در دوران رشد، زمینه‌ساز شکل‌گیری الگوهای ناکارآمد در تحمل پریشانی در دوران بزرگسالی هستند (مک‌گونجیال و هریس^۸، ۲۰۲۵). از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تحمل پریشانی اگرچه یک مهارت انطباقی است، اما در سطوح بیش از حد می‌تواند به شکل‌گیری الگوهای آسیب‌زا مانند رفتارهای آسیب به خود منجر شود، که این مسئله در زمینه تعارضات شدید بین‌فردی از جمله تعارض

زناشویی برجسته‌تر است (چانگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین، تعاملات هیجانی بین افراد به‌ویژه در روابط نزدیک، در قالب مدل‌های بین‌فردی مانند زوج‌ها، نقش مهمی در میزان پریشانی و چگونگی پاسخ به آن ایفا می‌کنند (ژانگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که تعارض زناشویی نه تنها خود منبعی برای پریشانی روانی است، بلکه به طور غیرمستقیم بر توانایی افراد برای مدیریت مؤثر این پریشانی نیز اثرگذار است. از دیگر متغیرهای درگیر در تعارضات زناشویی، ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی به عنوان یک ویژگی شخصیتی، شامل دشواری در شناسایی و توصیف احساسات خود، تمایل پایین به تفکر خیالی، و سبک شناختی بیرونی‌محور است. افراد دارای این ویژگی، در درک و بیان تجربه‌های هیجانی خود با مشکل مواجه‌اند و اغلب در تعاملات بین‌فردی دچار سوءتفاهم، سردی عاطفی و فاصله‌گیری می‌شوند (دیویس و گریفین، ۲۰۲۵). یکی از عوامل بین‌فردی مهمی که می‌تواند در شکل‌گیری یا تشدید ناگویی هیجانی نقش داشته باشد، تعارضات زناشویی است. زمانی که روابط زناشویی با مشاجرات مکرر، سرزنش، فقدان همدلی و نایمنی هیجانی همراه می‌شود، زوجین ممکن است برای کاهش تنش، به راهبردهای دفاعی مانند اجتناب هیجانی، سرکوب احساسات یا کناره‌گیری روانی روی آورند. این فرآیندها به تدریج منجر به کاهش توانایی ابراز هیجانات و در نهایت تقویت ناگویی هیجانی می‌شوند (اوزون و کوچیکت^{۱۱}، ۲۰۲۵). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تعارضات زناشویی مزمن می‌تواند ظرفیت بازتاب‌گری هیجانی را تضعیف کنند و در نتیجه، تنظیم هیجانی را مختل سازند (چیا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، ناگویی هیجانی خود نیز می‌تواند تعارضات را تشدید کند، زیرا نبود بیان هیجانی و درک متقابل، باعث سوءتفاهم و نارضایتی بیشتر در روابط می‌شود. بنابراین، رابطه‌ای دوطرفه و پیچیده میان تعارضات زناشویی و ناگویی هیجانی وجود دارد که مداخله‌های روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی و بازتاب‌گری هیجانی می‌توانند به کاهش آن کمک کنند (تئورت^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴).

روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) نوعی درمان روان‌پویشی است که به‌طور خاص برای تقویت توانایی فرد در فهم ذهن خود و دیگران طراحی شده است. این درمان بر پایه نظریه دلبستگی و مفهوم «ذهنی‌سازی» استوار است؛ یعنی توانایی درک و تفسیر رفتار خود و دیگران بر اساس حالت‌های ذهنی مانند افکار، احساسات، انگیزه‌ها و آرزوها. در شرایطی چون تعارضات زناشویی اختلال در این حالت می‌تواند هیجانات و پریشانی روان‌شناختی را در افراد به شدت تحت تأثیر قرار دهد. اختلال در توانایی ذهنی‌سازی می‌تواند منجر به بدفهمی‌های بین‌فردی، واکنش‌های هیجانی شدید و کاهش توانایی تنظیم هیجان شود. روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی با ایجاد فضایی ایمن و رابطه‌ای درمانی مبتنی بر کنجکاوی و همدلی، به افراد کمک می‌کند تا بین افکار و احساسات خود آگاهی بیشتری پیدا کنند و رفتار

8. McGonigal&Herres

9. Chung

10. Xiong

11. Kocyigit&Uzun

12. Jia

13. Theoret

1. Marital Conflicts

2. Wilson

3. Farrukh

4. Pillsworth

5. Dong

6. Davies & Griffin

7. Docal Millán

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، در زمره مطالعات کاربردی و از نظر روش‌شناسی، در چارچوب طراحی نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. هدف اصلی این مطالعه بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی زنان متأهل دارای تعارض زناشویی بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناسی شهر اردبیل در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند که بنا بر گزارش خود و ارزیابی اولیه مشاوران، با سطحی از تعارضات زناشویی مواجه بودند. از میان این جامعه، تعداد ۳۰ نفر که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل زن بودن، متأهل بودن با حداقل سه سال سابقه زندگی مشترک، داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، برخورداری از حداقل تحصیلات دیپلم، تمایل به شرکت فعال در جلسات درمانی بود. همچنین، شرکت‌کنندگانی که دچار اختلالات روان‌پزشکی شدید نظیر اختلالات سایکوتیک یا خلقی شدید، تحت درمان دارویی ناپایدار بودند یا در طول پژوهش دچار بحران‌های خانوادگی مانند طلاق یا داغ‌دیدگی می‌شدند، طبق ملاک‌های خروج، از مطالعه کنار گذاشته می‌شدند. در آغاز، پیش‌آزمون شامل دو پرس‌نامه استاندارد سنجش «تحمل پریشانی» و «ناگویی هیجانی» برای هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش در یک برنامه مداخلاتی ساختاریافته شرکت کردند که شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بود. در این جلسات، تکنیک‌هایی همچون آموزش ذهن‌خوانی، تحلیل افکار و هیجانات در تعاملات بین‌فردی، بازسازی تفاسیر شناختی، تنظیم هیجانی، درک دیدگاه‌های مختلف، و افزایش بازنمایی ذهنی خود و دیگری آموزش داده شد. در این مدت، گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و صرفاً در پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت نمود. پس از پایان جلسات درمانی، پرس‌نامه‌های موردنظر مجدداً به‌عنوان پس‌آزمون اجرا گردید و داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. در مرحله نخست، آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شد و در ادامه، به‌منظور بررسی تفاوت بین دو گروه، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) برای هر یک از متغیرها و نیز از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) برای ارزیابی اثر کلی مداخله استفاده گردید. در پایان جلسات در جهت رعایت اصول اخلاقی و تشکر از شرکت‌کنندگان گروه یک کارگاه دو روزه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای این گروه با رضایت شخصی انجام شد. بدین ترتیب، این پژوهش با رویکردی دقیق و ساختارمند تلاش کرد اثربخشی درمان ذهنی‌سازی را بر مؤلفه‌های هیجانی و بین‌فردی زنان درگیر تعارض زناشویی به‌صورت علمی و معتبر مورد سنجش قرار دهد.

همدیگر را نیز با درکی ذهنی‌تر تفسیر کنند (باتمن و فونگی^۱، ۲۰۱۹؛ فونگی و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات جدید نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند به شکل معناداری پریشانی و آشفتگی‌های هیجانی را کاهش داده، مهارت‌های تنظیم هیجان را بهبود ببخشد و تعامل میان فردی را تقویت کند (لویتن^۲ و همکاران، ۲۰۲۰؛ هاستبک^۳ و همکاران، ۲۰۲۵، لین^۴ و همکاران، ۲۰۲۵). این مداخله به‌ویژه در افرادی که خود در دوران کودکی دلبستگی ناایمن را تجربه کرده‌اند، اثرگذاری بالاتری نشان داده است. روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی با افزایش توانایی ذهنی‌سازی، خودآگاهی و تنظیم هیجانی، به افراد کمک می‌کند تا بهتر بتوانند احساسات و نیازهای خود و دیگران را درک کنند و واکنش‌های هیجانی نامناسب را کاهش دهند (شارپ و فونگی^۵، ۲۰۱۸؛ میدگلی^۶ و همکاران، ۲۰۲۱).

مطالعه پیشینه تحقیقاتی اثربخشی این روش درمانی را در بهبود سلامت روان گروه‌های هدف نشان داده است. به عنوان مثال در پژوهشی که توسط باتمن و فونگی^۷ (۲۰۱۹) انجام شد، مشخص گردید که مداخله MBT منجر به بهبود عملکرد هیجانی و کاهش تعارض‌های درون‌فردی و بین‌فردی در افراد می‌شود. فونگی و همکاران (۲۰۲۵)، لویتن و همکاران (۲۰۲۴) و انسینک و همکاران (۲۰۲۳) نیز در تحقیقات مشابهی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را در بهبود روابط میان فردی و هیجانی در سطوح مختلف را نشان دادند. با توجه به موارد گفته شده، ضرورت انجام این تحقیق از آن‌جا ناشی می‌شود که بخش قابل‌توجهی از زنان، به‌ویژه در شرایط پرتنش و رویدادهای آسیب‌زا، با مشکلاتی همچون ناتوانی در شناسایی و بیان هیجانات (ناگویی هیجانی) و دشواری در مدیریت و تحمل پریشانی مواجه‌اند. این مشکلات نه‌تنها باعث افزایش آسیب‌پذیری روانی می‌شوند، بلکه می‌توانند زمینه‌ساز بروز یا تشدید اختلالات اضطرابی، افسردگی و مشکلات ارتباطی باشند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، با تقویت توانایی فرد در درک، سازمان‌دهی و معنابخشی به تجربیات هیجانی، می‌تواند نقش مهمی در ارتقای تاب‌آوری و کاهش این مشکلات ایفا کند. بررسی علمی اثربخشی این رویکرد، شواهد کاربردی برای توسعه مداخلات مؤثر در حوزه سلامت روان زنان فراهم می‌آورد و می‌تواند به بهبود کیفیت خدمات روان‌درمانی و ارتقای سلامت روان جامعه کمک نماید. همچنین، با وجود اهمیت موضوع تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی در زنان با تعارضات زناشویی، در ایران پژوهشی درباره اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود متغیرهای ذکر شده انجام نشده است. بنابراین، هدف این پژوهش، ارزیابی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی در افزایش تحمل پریشانی و کاهش ناگویی هیجانی در زنان با تعارضات زناشویی است.

5. Sharp & Fonagy
6. Midgley
7. Bateman & Fonagy

1. Bateman & Fonagy
2. Luyten
3. Hestbeak
4. Lin

روند اجرای پژوهش و مداخله

مداخله روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی طی ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت هفتگی برای گروه آزمایش برگزار شد. جلسات توسط درمانگر (دکترای روانشناسی) اجرا گردید. ساختار کلی جلسات شامل: ایجاد فضای ایمن برای بیان تجربه‌ها، شناسایی و روایت رویدادهای آسیب‌زا، تقویت پیوندهای هیجانی بین خاطرات گذشته و احساسات حال، شفاف‌سازی روایت‌های ذهنی، بازسازی انسجام درونی و شکل‌گیری معنای شخصی از

تجربه‌های زیسته بود. از تکنیک‌هایی مانند گفت‌وگوی هدایت‌شده، تمرین‌های نوشتاری، کاوش سوابق هیجانی، و استفاده از استعاره‌های ذهنی استفاده شد. در طول مداخله، شرکت‌کنندگان تشویق می‌شدند تا تجربه‌های هیجانی خود را بدون قضاوت بیان کرده و آن‌ها را با روایت‌های زندگی‌شان پیوند دهند. این فرایند با هدف کاهش آشفتگی ذهنی، افزایش خودآگاهی، و بازیابی معنا در نقش والدگری طراحی شده بود. خلاصه جلسات روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی در جدول یک ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی (بتمن و فونگی، ۲۰۱۹)

جلسات	خلاصه جلسه
جلسه اول	آشنایی اعضا، بیان اهداف درمان و آموزش اولیه درباره مفهوم ذهنی‌سازی: در این جلسه، درمانگر ضمن معرفی خود و شرکت‌کنندگان، به ایجاد فضای امن و حمایت‌گر برای کارگروهی پرداخت. مفاهیم پایه‌ای همچون ذهن‌خوانی، خودآگاهی هیجانی، و تنظیم هیجان معرفی شدند و تفاوت میان احساس، فکر و رفتار مورد بررسی قرار گرفت. اهداف درمان، از جمله افزایش توان درک هیجانات خود و دیگران، بهبود روابط زناشویی، و افزایش ظرفیت تحمل پریشانی، به زبان ساده برای مراجعان توضیح داده شد. شرکت‌کنندگان در پایان جلسه ترغیب شدند تا یک موقعیت تعارض اخیر را به صورت مکتوب بازسازی کرده و افکار و احساسات خود را در آن موقعیت مرور کنند.
جلسه دوم	شناسایی هیجانات و تمایز آن‌ها از افکار و رفتار: در این جلسه، با استفاده از مثال‌های روزمره و مشارکت فعال شرکت‌کنندگان، هیجانات اصلی همچون خشم، غم، ترس، و شرم تعریف شده و نشانه‌های بدنی و شناختی هر یک مورد بررسی قرار گرفت. تمرین‌هایی برای تمایز بین افکار و احساسات طراحی شد تا مراجعان بتوانند درک کنند که چگونه تجربه‌های هیجانی بدون آگاهی کافی، به بروز رفتارهای ناسازگار منجر می‌شوند. هدف این جلسه افزایش واژگان هیجانی و آمادگی برای ذهن‌خوانی دقیق‌تر در روابط بود.
جلسه سوم	تمرکز اصلی بر توانایی ذهن‌خوانی خود و همسر و درک حالات درونی دیگری: درمانگر با استفاده از رویکرد تعامل‌محور، به بررسی ذهنیت‌های متفاوت در مواجهه با تعارض پرداخت و خطاهای رایج ذهن‌خوانی مانند تعمیم، پیش‌داوری و ذهن‌خوانی خصمانه معرفی شد. شرکت‌کنندگان با ایفای نقش و بازسازی یک موقعیت تنش‌زا، تمرین کردند که چگونه می‌توانند با دیدگاهی مبتنی بر کنجکاوی ذهنی، نیت و هیجانات همسر را بهتر درک کنند. هدف این جلسه، ارتقای توانایی درک متقابل و کاهش سوءبرداشت‌های رایج بود.
جلسه چهارم	بررسی ناگویی هیجانی و موانع ابراز احساسات: شرکت‌کنندگان با مفهوم ناگویی هیجانی (الکسی تیمیا) آشنا شدند و نشانه‌های آن همچون دشواری در شناسایی و بیان احساسات مورد بحث قرار گرفت. در این جلسه، دلایل فردی، خانوادگی و فرهنگی عدم بیان احساسات از سوی زنان بررسی شد و تمرین‌هایی برای نام‌گذاری احساسات، نوشتن نامه‌های هیجانی بدون ارسال، و بازتاب احساسات در گفتار معرفی گردید. این جلسه نقش مهمی در کاهش شرم از بیان احساسات و افزایش ابرازگری هیجانی داشت.
جلسه پنجم	آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی و تنظیم هیجان در موقعیت‌های تعارضی: درمانگر تکنیک‌هایی همچون تنفس دیافراگمی، مکث ذهنی، تمرکز بر حواس، و تغییر جهت توجه را آموزش داد تا شرکت‌کنندگان بتوانند در شرایط بحرانی به جای واکنش‌های تکانشی، پاسخ‌های سنجیده‌تری ارائه دهند. تمرین «ثبت محرک - فکر - احساس - پاسخ» برای کمک به بازسازی شناختی موقعیت‌ها ارائه شد. هدف این جلسه، ارتقای توانمندی روان‌شناختی برای مواجهه با تعارضات زناشویی بدون انفجار هیجانی بود.
جلسه ششم	بازنگری در مفهوم تعارض زناشویی از دیدگاه انسجام ذهنی: در این جلسه، درمانگر به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا تعارض را نه به عنوان تهدید، بلکه به عنوان فرصتی برای درک متقابل ببینند. با استفاده از تمرین‌های شناختی و ایفای نقش، شرکت‌کنندگان یاد گرفتند که به جای فرض‌سازی و پیش‌داوری، با طرح سؤال و بازتاب ذهنی همسر، گفت‌وگویی همدلانه ایجاد کنند. هدف این جلسه، کاهش سطح تدافعی در تعاملات و ترویج ارتباط شفاف و ذهن‌محور بود.
جلسه هفتم	تمرین عملی مهارت‌های ذهن‌خوانی در تعاملات واقعی با همسر: در این جلسه، شرکت‌کنندگان تجربیات هفته گذشته‌ی خود در استفاده از مهارت‌ها را به اشتراک گذاشتند و با بازخورد درمانگر و گروه، نقاط ضعف و قوت خود را تحلیل کردند. سپس در قالب تمرین هدایت‌شده، گفت‌وگوهایی با مضمون تعارض زناشویی بازسازی شد که در آن‌ها شرکت‌کنندگان می‌بایست از زبان ذهن‌محور، بازتاب هیجانی و تنظیم هیجان استفاده کنند. هدف این جلسه، انتقال یادگیری از فضای درمان به زندگی روزمره بود.
جلسه هشتم	جمع‌بندی فرایند درمان، مرور آموخته‌ها و برنامه‌ریزی برای آینده: شرکت‌کنندگان با مشارکت فعال، تغییرات خود در حوزه درک احساسات، ابراز هیجانات، تحمل پریشانی و نحوه تعامل با همسر را ارزیابی کردند. درمانگر با ارائه بازخورد نهایی، بر تداوم تمرین‌ها و استفاده از راهبردهای آموخته‌شده در زندگی روزمره تأکید نمود. در پایان، شرکت‌کنندگان «نامه‌ای به خود آینده‌شان» نوشتند تا تعهدات روانی و انگیزشی خود را در ادامه مسیر حفظ کنند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه تحمل پریشانی^۱: این مقیاس را سیونز و گاهر^۲ (۲۰۰۵) ساخته‌اند و یک شاخص تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌ها شامل تحمل پریشانی هیجانی (تحمل)، جذب شدن توسط هیجانات منفی (جذب)، برآورد ذهنی پریشانی (ارزیابی) و تنظیم تلاش‌ها در جهت تسکین پریشانی (تنظیم) است. عبارات این مقیاس بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره آزمودنی ۱۵ و حداکثر ۷۵ است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۲ و ضریب روایی آن ۰/۶۱ گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). پایایی این پرسشنامه توسط تقی پور و همکاران (۱۴۰۲) به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS): مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگبی و همکاران (۱۹۹۴) طراحی شده است. این یک پرسشنامه ۲۰ سؤالی است که احساسات و تفکر عینی در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره‌ی

یک «کاملاً مخالف» تا نمره ۵ «کاملاً موافق» مورد سنجش قرار می‌دهد. مجموع نمرات حاصل نمره‌ی ناگویی هیجانی کل را نشان می‌دهد. در پژوهش تیلور و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۴ گزارش شده است (تیلور، باگبی و پارکر، ۱۹۹۹). پایایی این سازه در نسخه ایرانی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است (حسین زاده و همکاران، ۱۴۰۲). پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

یافته‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری استفاده شد. در این قسمت یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و یافته‌های استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیری و تک متغیری) گزارش شده است. در جدول ۲، اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل برای متغیر تحمل پریشانی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پریشانی هیجانی	آزمایش	۶/۸	۱/۸۱	۹/۷۳	۱/۸۵
	کنترل	۶/۹	۱/۷۴	۶/۹	۱/۶۵
جذب شدن	آزمایش	۸/۸۵	۱/۹۲	۱۱/۰۵	۱/۹۱
	کنترل	۹/۴۵	۱/۸۵	۹/۰۵	۲/۰۹
ارزیابی ذهنی	آزمایش	۱۲/۳	۲/۰۵	۱۵/۴۰	۱/۷۹
	کنترل	۱۳/۱	۱/۹۱	۱۲/۸	۱/۸۹
تنظیم تلاش‌ها	آزمایش	۱۰/۶۸	۱/۸۵	۱۳/۳۴	۱/۹۴
	کنترل	۹/۷۹	۱/۸۶	۹/۶۶	۲/۰۱
تحمل پریشانی	آزمایش	۳۸/۶۳	۳/۵۲	۴۹/۵۲	۳/۰۸
	کنترل	۳۹/۲۴	۳/۱۸	۳۸/۴۱	۳/۲۳

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس‌های ناگویی هیجانی و ناگویی هیجانی کل ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در خرده مقیاس‌های تحمل پریشانی و تحمل پریشانی کل تفاوت داشته است. اما در گروه کنترل نمرات در هر دو دوره تفاوت چندانی با هم ندارند.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل برای متغیر ناگویی هیجانی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
دشواری در شناسایی احساسات	آزمایش	۲۳/۲۵	۲/۰۸	۱۷/۴۴	۱/۹۶
	کنترل	۲۲/۹۵	۱/۸۹	۲۲/۵۵	۱/۸۳
دشواری در توصیف احساسات	آزمایش	۱۷/۶۳	۲/۱۳	۱۳/۱۸	۲/۰۴
	کنترل	۱۷/۸۵	۱/۹۴	۱۷/۶۵	۱/۹۲
تفکر معطوف به بیرون	آزمایش	۲۷/۴۶	۱/۸۹	۲۱/۸۵	۱/۸۴
	کنترل	۲۸/۳۲	۲/۰۹	۲۹/۱۹	۲/۰۵
ناگویی هیجانی	آزمایش	۶۸/۵۴	۴/۷۸	۵۲/۴۷	۴/۸۵
	کنترل	۶۹/۱۲	۶/۱۹	۶۹/۳۹	۴/۰۳

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در خرده‌مقیاس‌های ناگویی هیجانی و ناگویی هیجانی کل تفاوت داشته است ($p > 0.01$). اما در گروه کنترل نمرات در هر دو دوره تفاوت چندانی با هم ندارند. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها

برقرار است ($p > 0.01$). از آزمون لوین برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج آن نشان داد واریانس متغیرهای تحمل پریشانی ($F = 8.63$, $p > 0.01$)، ناگویی هیجانی ($F = 11.52$, $p > 0.01$) در گروه‌ها برابر است. همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد سطح معنی‌داری در مؤلفه کنترل کوچکتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس-گایزر در این مؤلفه استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کوواریانس برقرار است.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین‌های تحمل پریشانی و ناگویی هیجانی

آزمون‌ها	مقادیر	F	df	df error	p	η^2
اثر پیلاهی	۰/۵۲	۲۹/۵۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷
لامبدای ویلکز	۰/۰۳۸	۲۹/۵۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷
اثر هتلینگ	۹/۶۴	۲۹/۵۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷
بزرگترین ریشه روی	۹/۶۴	۲۹/۵۲	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، نتیجه‌ی تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که هر چهار آماره یعنی اثر پیلاهی ($p < 0.01$)،

لامبدای ویلکز ($F = 29.52$, $p < 0.01$)، اثر هتلینگ ($F = 29.52$, $p < 0.01$)، و بزرگ‌ترین ریشه روی ($F = 29.52$, $p < 0.01$) معنادار است.

جدول ۵: تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه میانگین‌های تحمل پریشانی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	p	Eta
مداخله	پریشانی هیجانی	۴۴/۶۲	۱	۴۴/۶۲	۱۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	جذب شدن	۳۰/۵۴	۱	۳۰/۵۴	۷/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	ارزیابی ذهنی	۳۸/۶۶	۱	۳۸/۶۶	۱۱/۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	تنظیم تلاش‌ها	۴۴/۸۸	۱	۴۴/۸۸	۱۳/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	تحمل پریشانی	۱۴۰/۱۶	۱	۱۴۰/۱۶	۳۱/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴
خطا	پریشانی هیجانی	۱۰۴/۸۶	۲۸	۳/۷۲			
	جذب شدن	۱۱۲/۰۲	۲۸	۴/۱۵			
	ارزیابی ذهنی	۱۰۴/۱۵	۲۸	۳/۶۳			
	تنظیم تلاش‌ها	۱۰۵/۹۸	۲۸	۳/۴۸			
	تحمل پریشانی	۱۲۴/۰۷	۲۸	۴/۴۳			

همان‌طور که نتایج جدول نشان می‌دهد، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های تحمل پریشانی و تحمل پریشانی کل وجود دارد ($p = 0.01$). که نشان‌دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود

تحمل پریشانی در پس‌آزمون گروه مورد مداخله می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود تحمل پریشانی زنان با تعارضات زناشویی مورد تایید است.

جدول ۶: تحلیل کوواریانس تک متغیره برای مقایسه میانگین‌های ناگویی هیجانی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	p	Eta
مداخله	دشواری در شناسایی احساسات	۴۳۶/۵۴	۱	۴۳۶/۵۴	۱۲۳/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	جذب هیجانات منفی	۳۵۲/۱۴	۱	۳۵۲/۱۴	۹۰/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	تفکر معطوف به بیرون	۴۸۵/۳۴	۱	۴۸۵/۳۴	۱۳۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶
	ناگویی هیجانی	۵۷۰/۴۴	۱	۵۷۰/۴۴	۱۴۱/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷
خطا	دشواری در شناسایی احساسات	۸۱/۴۹	۲۸	۲/۶۹			
	دشواری در توصیف احساسات	۸۶/۱۹	۲۸	۳/۰۹			
	تفکر معطوف به بیرون	۸۰/۱۴	۲۸	۲/۳۵			
	ناگویی هیجانی	۸۴/۰۷	۲۸	۲/۴۳			

همان طور که نتایج جدول نشان می‌دهد، تفاوت معنی داری بین نمرات پس‌آزمون خرده مقیاس‌های ناگویی هیجانی و ناگویی هیجانی کل وجود دارد ($p=0/01$)، که نشان‌دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود تحمل پریشانی در پس‌آزمون گروه مورد مداخله می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود ناگویی هیجانی زنان با تعارضات زناشویی مورد تایید است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی توانسته است به شکل معناداری میزان تحمل پریشانی را در زنان دارای تعارض زناشویی افزایش دهد. این نتیجه همسو با نتایج پیشین است (شارپ و فونگی، ۲۰۱۸؛ فونگی و همکاران، ۲۰۲۰؛ میدگلیو همکاران، ۲۰۲۱). این یافته از آن جهت حائز اهمیت است که تحمل پریشانی یکی از مؤلفه‌های کلیدی در تاب‌آوری هیجانی افراد در برابر فشارهای روانی‌ست؛ به‌ویژه در بافت روابط زناشویی که اغلب با چالش‌های عاطفی، سوءتفاهم‌ها، و تنش‌های مزمن همراه است. زنان درگیر تعارض زناشویی معمولاً در معرض تجربه‌های هیجانی شدید و گاه آشفته‌کننده‌ای هستند که در صورت نداشتن ظرفیت کافی برای تحمل آن‌ها، ممکن است به واکنش‌هایی نظیر پرخاشگری، کناره‌گیری عاطفی، یا انفعال و فرسودگی هیجانی منجر شود. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تمرکز بر بازشناسی حالت‌های ذهنی خود و دیگران، به این افراد کمک می‌کند تا هیجانات منفی خود را با فاصله‌ای امن مشاهده، نام‌گذاری و تفسیر کنند، نه اینکه در آن‌ها غرق شوند یا از آن‌ها بگریزند. در فرآیند درمان، زنان می‌آموزند که هیجانات شدید لزوماً خطرناک یا غیرقابل تحمل نیستند و می‌توان با ایجاد درک دقیق‌تری از آن‌ها، به تنظیم مؤثرتر پاسخ‌های رفتاری و شناختی دست یافت. از سوی دیگر، توانایی معنا دادن به تجارب درونی و بیرونی، یکی از عناصر محوری ذهنی‌سازی است که به فرد این امکان را می‌دهد تا دردهای روانی را در قالب‌های قابل‌فهم‌تری تجربه کند و این امر، در نهایت، موجب افزایش ظرفیت تحمل پریشانی می‌شود. به عبارت دیگر، وقتی زن در شرایط بحرانی زندگی زناشویی بتواند تجربه‌های خود را به جای واکنش‌های هیجانی صرف، در قالب ذهنی و تفسیرگرانه بازنمایی کند، کمتر تحت‌تأثیر امواج هیجانات منفی قرار می‌گیرد. این ظرفیت به تدریج در فرآیند درمان تقویت شده و خود را به شکل افزایش تحمل پریشانی نشان می‌دهد؛ چراکه زن به جای واکنش فوری، درنگ می‌کند، معنا می‌سازد و سپس انتخاب می‌کند. در مجموع، به نظر می‌رسد یکی از مسیرهای مهم تأثیرگذاری درمان ذهنی‌سازی بر تحمل پریشانی، تقویت توانایی مشاهده درونی، پذیرش تجربه، و تفسیر واقع‌بینانه‌ی هیجان‌هاست؛ ویژگی‌هایی که در مواجهه با تعارضات زناشویی می‌توانند از بروز رفتارهای مخرب و فرسودگی روانی پیشگیری کنند.

نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به کاهش معنادار ناگویی هیجانی در زنان دارای تعارضات زناشویی شده است. این نتیجه همسو با نتایج پیشین است (هاستیک و همکاران،

۲۰۲۵؛ فلونگی و همکاران، ۲۰۲۵؛ لویتن و همکاران، ۲۰۲۴؛ لویتن و همکاران، ۲۰۲۰). این یافته نشان می‌دهد که مداخلاتی که بر ارتقای ظرفیت ذهن‌خوانی، تأمل درونی و شناخت هیجان متمرکز هستند، می‌توانند به شکل مؤثری در بهبود اختلال در بازنمایی و ابراز هیجانات مؤثر واقع شوند. در واقع، بسیاری از زنانی که در بستر روابط زناشویی دچار تعارض هستند، در شناسایی و بیان احساسات خود دچار نارسایی هستند؛ و این ناتوانی، زمینه‌ساز سوءتفاهم، احساس طرد، و تنش‌های مکرر در روابط عاطفی می‌شود. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به واسطه تمرکز بر آگاهی از ذهن خود و دیگری، فضایی را برای بازاندیشی در تجربه‌های هیجانی فراهم می‌کند. در این فرایند، مراجع به تدریج می‌آموزد که هیجان صرفاً یک احساس مبهم یا تهدیدکننده نیست، بلکه حالتی ذهنی است که می‌توان آن را شناسایی کرد، درباره‌اش تأمل نمود، و در قالب واژه به دیگری منتقل کرد. این تغییر نگرش نسبت به هیجان، نقطه‌ی آغاز رشد هیجانی و باز شدن مسیر گفت‌وگو در رابطه است. از سوی دیگر، در جریان جلسات درمان، تمرین‌هایی همچون نوشتن وقایع هیجانی، ایفای نقش، و نامه‌نگاری هیجانی بدون ارسال، کمک کرد تا زنان شرکت‌کننده بتوانند با فاصله‌گیری از شیوه‌های دفاعی، وارد گفت‌وگوی واقعی با هیجانات سرکوب‌شده‌ی خود شوند. این مواجهه‌ی تدریجی با احساسات، به افزایش تحمل عاطفی و در نهایت، افزایش توانایی در نام‌گذاری، معنابخشی و ابراز سازگارانه احساسات انجامید. همچنین، کاهش ناگویی هیجانی در این افراد، به‌طور غیرمستقیم در بهبود روابط زناشویی نیز مؤثر واقع شد؛ چراکه بخش زیادی از تعارضات زناشویی، ناشی از بیان ناکارآمد نیازها، سوءبرداشت از نیت طرف مقابل، و ناتوانی در گفت‌وگوی صمیمانه درباره مسائل درونی است. وقتی فرد بتواند احساسات خود را بهتر بشناسد و با آرامش بیشتری بیان کند، احتمال درک متقابل افزایش یافته و رابطه از وضعیت دفاعی و تنش‌زا فاصله می‌گیرد. در مجموع، به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر انسجام ذهنی با فراهم کردن بستری برای رشد خودآگاهی هیجانی، توسعه زبان احساس، و افزایش توان گفت‌وگو با ذهن خود و دیگری، می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در کاهش ناگویی هیجانی زنان دارای تعارضات زناشویی مورد استفاده قرار گیرد. یافته‌های این مطالعه، ضرورت توجه به مداخلات ذهن‌محور را در کنار درمان‌های شناختی-رفتاری رایج، به‌ویژه در حوزه مداخلات زوجی و فردی، برجسته می‌سازد.

در مجموع یافته‌های این پژوهش به‌روشنی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند اثربخشی قابل‌توجهی بر دو متغیر مهم در روابط بین‌فردی یعنی «تحمل پریشانی» و «ناگویی هیجانی» داشته باشد. در بافت زندگی زناشویی، جایی که تعارضات اغلب پیچیده، مزمن و هیجان‌برانگیز هستند، ظرفیت‌هایی مانند تحمل هیجانات منفی و توانایی شناخت، پردازش و بیان هیجانات درونی نقش حیاتی در حفظ ثبات روانی و تداوم رابطه ایفا می‌کنند. این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تقویت توانایی بازنمایی و تفسیر حالت‌های ذهنی درونی و بین‌فردی، می‌تواند سطح تاب‌آوری روان‌شناختی زنان را در مواجهه با تنش‌های زناشویی افزایش دهد و در عین حال، آن‌ها را در مسیر پردازش و ابراز هیجانات فروخورده یاری رساند. کاهش ناگویی هیجانی، به‌عنوان یکی از پیامدهای مؤثر این درمان، منجر به کاهش تعارضات حل‌نشده، افزایش

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگانی که در مراحل اجرایی این پژوهش شرکت کرده و همکاری لازم را با پژوهشگران داشتند، قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافع مالی، سازمانی یا فردی در رابطه با این پژوهش وجود ندارد.

منابع مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی از سوی هیچ سازمان دولتی، خصوصی یا غیرانتفاعی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

استانداردهای اخلاق پژوهشی به دقت رعایت شد، به نحوی که شرکت‌کنندگان از هدف پژوهش اطلاع کامل داشتند؛ اطلاعات دریافت شده به صورت محرمانه باقی مانده بود و رضایت آگاهانه آنها جلب شد.

دسترسی به داده‌ها

داده‌های استفاده شده در این پژوهش به علت رعایت محرمانگی اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان به صورت عمومی در دسترس نیستند. در صورت نیاز پژوهشگران امکان دسترسی به داده‌ها از طریق مکاتبه رسمی با نویسنده مسئول فراهم است.

نقش نویسندگان

بهزاد تقی پور: انتخاب موضوع، بررسی و نظارت بر کار کلیه پژوهشگران، تحلیل داده‌ها و درمانگر، بررسی و تایید نسخه نهایی مقاله.
حسام واثقی: نگارش بخش چکیده فارسی و انگلیسی و مقدمه مقاله.
الهام احدی: نگارش بخش بحث و نتیجه‌گیری، جمع‌آوری داده‌ها و وارد کردن آنها در نرم افزار Spss.

لطیفه دیدا: نگارش بخش چکیده فارسی و انگلیسی و مقدمه مقاله.
پرپسا سراج محمدی: نگارش بخش بحث و نتیجه‌گیری، جمع‌آوری داده‌ها و وارد کردن آنها در نرم افزار Spss.

فریبا عبدی: نگارش بخش روش تحقیق و ویراستاری مقاله.

شفافیت هیجانی، و در نهایت بهبود کیفیت تعاملات بین‌فردی در زندگی مشترک می‌شود. چنین تغییری نه تنها شدت تعارض‌های زناشویی را کاهش می‌دهد، بلکه زمینه‌ای برای بازسازی پیوندهای عاطفی، رشد فردی و افزایش کیفیت زندگی مشترک فراهم می‌سازد. در مجموع، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با بازسازی رابطه فرد با ذهن خود و دیگران، افق جدیدی را در ارتقاء سلامت روان و کیفیت روابط بین‌فردی، به‌ویژه در بستر روابط زناشویی پرتنش، می‌گشاید. این یافته‌ها بر اهمیت بهره‌گیری از این رویکرد درمانی در مداخلات روان‌شناختی تأکید دارند و چشم‌انداز امیدوارکننده‌ای را برای به‌کارگیری آن در کار با زنانی که درگیر تعارضات زناشویی مزمن هستند، فراهم می‌آورند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، تمرکز آن بر گروهی از زنان متأهل دارای تعارض زناشویی است که موجب می‌شود تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر گروه‌ها مانند مردان، زوجها یا افراد مجرد با احتیاط صورت گیرد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی یا تمایلات اجتماعی شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشد و دقت داده‌ها را کاهش دهد. یکی دیگر از محدودیت‌های مهم، کوتاه بودن بازه پیگیری پس از مداخله است که امکان ارزیابی ماندگاری اثرات درمان در بلندمدت را محدود کرده است.

با توجه به اثربخشی درمان ذهنی‌سازی در بهبود تحمل پریشانی و کاهش ناگویی هیجانی، پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه روان‌درمانی، به‌ویژه در مراکز مشاوره خانواده، از این رویکرد به‌عنوان ابزاری مؤثر برای کاهش پیامدهای روان‌شناختی تعارضات زناشویی بهره بگیرند. آموزش تخصصی این رویکرد به روان‌شناسان بالینی و مشاوران خانواده از طریق کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی می‌تواند به بهبود کیفیت مداخلات درمانی در زمینه مشکلات زناشویی کمک کند. همچنین طراحی برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر ذهنی‌سازی برای زوج‌های در معرض تعارض یا زوج‌هایی که در مراحل ابتدایی زندگی مشترک هستند، می‌تواند از انباشت مشکلات هیجانی و ارتباطی جلوگیری کرده و سطح خودآگاهی، تنظیم هیجانی و ظرفیت ذهنی افراد را ارتقا دهد. با هدف گسترش دامنه علمی پژوهش، پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعاتی مشابه بر روی مردان یا زوج‌های هر دو جنس صورت گیرد تا بتوان کارآمدی درمان ذهنی‌سازی را در بافت‌های متنوع‌تر مورد بررسی قرار داد. همچنین بررسی اثربخشی این درمان در ترکیب با رویکردهای دیگر مانند ذهن‌آگاهی، درمان هیجان‌محور یا طرحواره‌درمانی می‌تواند به افزایش اثربخشی مداخلات کمک کند. انجام مطالعات طولی با پیگیری‌های بلندمدت نیز بسیار حائز اهمیت است تا بتوان میزان پایداری تغییرات هیجانی و روان‌شناختی حاصل از درمان انسجام ذهنی را در گذر زمان به‌دقت ارزیابی کرد.

References

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2019). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (2nd ed). American Psychiatric Publishing.
- Chung, H., Kim, G., Kim, D.-I., & Hur, J.-W. (2025). The double-edged sword of distress tolerance: Exploring the role of distress overtolerance in nonsuicidal self-injury. *Comprehensive Psychiatry*, 141, Article 152610. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2025.152610>
- Davies, R. N., & Griffin, K. (2025). A systematic review of alexithymia in young people and their parents. *Journal of Affective Disorders*, 390, Article 119855. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119855>
- Docal Millán, M., Riveros Munévar, F., Acuña Arango, L. M., Campos-García, Á. X., & Cabrera-García, V. E. (2025). Mediation of anxiety and coping strategies between severe discipline and interparental conflict with parenting stress. *Heliyon*, 11(1), 1–9. Article e41405. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e41405>
- Dong, S., Dong, Q., & Chen, H. (2022). Mothers' parenting stress, depression, marital conflict, and marital satisfaction: The moderating effect of fathers' empathy tendency. *Journal of Affective Disorders*, 299, 682–690. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.079>
- Farrukh, M., Abas, B., Ghazzawi, I., & Rafiq, M. (2024). From bad bosses to weakened marriages: The role of abusive supervision in emotional exhaustion, work–family conflict and marital strain. *Management Decision*, 63(7), 2597–2615. <https://doi.org/10.1108/MD-01-2024-0198>
- Fonagy, P., Simes, E., Yirmiya, K., Wason, J., Barrett, B., Frater, A., Cameron, A., Butler, S., Hoare, Z., McMurran, M., Moran, P., Crawford, M., Pilling, S., Allison, E., Yakeley, J., & Bateman, A. (2025). Mentalisation-based treatment for antisocial personality disorder in males convicted of an offence on community probation in England and Wales (Mentalization for Offending Adult Males, MOAM): A multicentre, assessor-blinded, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 12(3), 208–219. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00445-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00445-0)
- Hosseinzadeh, R., Taghipour, B., Ahadi, E., Seraj Mohammadi, P., & Abdi, F. (2023). Comparison of alexithymia, loneliness, and self-compassion in girls with and without sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 15(4), 39–46. Doi: [10.22075/jcp.2024.32765.2802](https://doi.org/10.22075/jcp.2024.32765.2802) [In Persian]
- Hestbaek, E., Mikkelsen, P. A., Thomas, R. E., Sled, M., Holm, C., Corlin, A. B., Sørensen, P., Væver, M. S., & Simonsen, S. (2025). A mentalization-based parenting intervention (Lighthouse Parenting Programme) for parents with various mental disorders in adult mental health service: A feasibility study. *Mental Health & Prevention*, 38, 200415. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2025.200415>
- Jia, L., Zhang, Y., & Yu, S. (2024). Relation between Interparental Conflict and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: Mediating Role of Alexithymia and Moderating Role of Resilience. *International Journal of Mental Health Promotion*, 26(10), 837–846. <https://doi.org/10.32604/ijmh.2024.053586>
- Kocyigit, M., & Uzun, M. (2025). Emotion regulation and couple burnout in marriage: A moderated moderation model of authenticity, sex of parents and having children. *Current Psychology*, 44(5), 3564–3578. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-07253-1>
- Lin, L., Lin, H., Zhou, R., Liu, B., Liu, K., & Jiang, R. (2025). Surviving and thriving: Assessing quality of life and psychosocial interventions in mental health of head and neck cancer patients. *Asian Journal of Surgery*, 48(3), 1634–1642. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2024.11.048>
- Luyten, P., Campbell, C., Moser, M., & Fonagy, P. (2024). The role of mentalizing in psychological interventions in adults: Systematic review and recommendations for future research. *Clinical Psychology Review*, 108, 102380. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102380>
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to parenting support: Evidence and clinical applications. *Development and Psychopathology*, 32(1), 389–403. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000764>
- Midgley, N., Allison, E., & Fonagy, P. (2021). Group-based mentalization-focused interventions for parents: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), 84–101. <https://doi.org/10.1177/1359104520972570>
- McGonigal, L. E., & Herres, J. (2025). Distress tolerance mediates the association between parental responses to distress during childhood and distress during college. *Journal of Affective Disorders*, 388, Article 119540. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119540>
- Pillsworth, E. G., Hahnel-Peters, R. K., & Barrett, H. C. (2023). The role of parent-offspring conflict in Shuar partner choice and marital practices. *Evolution and Human Behavior*, 44(6), 639–651. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2023.11.002>
- Simons, J. S. & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development & validation of a self report measure. *Motivation & Emotion*, 20(9), 83–102.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2018). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199608596.001.0001>
- Taghipour, B., Sharifi, S. F., Barzegaran, R., Seyedi, S. N., & Ebadi Vahid, L. (2023). The effectiveness of compassion-based mindfulness training on distress tolerance and emotional inhibition in students with generalized anxiety disorder. *Journal of New Psychological Researches*, 18(20), 23–29. Doi: [10.22034/jmpr.2023.16511](https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.16511) [In Persian]
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Théorêt, V., Hébert, É., & Hébert, M. (2024). Investigating the role of alexithymia in the association between cumulative childhood maltreatment and teen dating violence victimization. *Journal of Psychiatric Research*, 173, 192–199. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.03.030>
- Wilson, S. J., Syed, S. U., Yang, I. S., & Cole, S. W. (2024). A tale of two marital stressors: Comparing proinflammatory responses to partner distress and marital conflict. *Brain, Behavior, and Immunity*, 120, 898–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2024.05.003>
- Xiong, Z., Wu, X., Yang, J., Zou, J., Zhong, Q., & Dai, Y. (2025). Association and interaction between resilience and psychological distress in disabled elderly-caregiver dyads: An actor-partner interdependence model. *Geriatric Nursing*, 62(Part B), 245–252.