رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۴، شماره پیاپی ۸۵، تیر ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(4), 2023

اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان تنی، تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی زنان دارای علائم روان تنی

The Effectiveness of Mindfulness-based cognitive therapy on Psychosomatic Symptoms, Differentiation of Self and Attachment Style of women with Psychosomatic Symptoms

شیوا نامجو
دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکدۀعلوم انسانی، واحدخمینی‌شهر، دانشگاه آزاداسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.
احمد نوری (نویسنده مسئول)
استادیار گروه مشاوره، دانشکدۀ علوم انسانی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

Shiva Namjoo
MA Student in Family Counseling, Department Of Counseling, Faculty Of Humanities, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.
Ahmad Nouri*
Assistant Professor, Department Of Counseling, Faculty Of Humanities, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Isfahan, Iran.
Ahmad-nouri2012@yahoo.com

چکیده
هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم روان‌تنی، سبک دلبستگی و تفکیک خویشتن زنان دارای علائم روان‌تنی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای علائم روان‌تنی مراجعه‌کننده به دو مرکز مشاوره نگرش برتر و آرامش پایدار در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود. از بین این زنان به شیوۀ نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر که از پاسخ به پرسشنامه تشخیص اختلالات علائم جسمانی، بیشترین نمره را کسب کرده بودند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند و به پرسشنامه‌های غربالگری برای اختلالات علائم جسمانی SOMS-7 (ابراهیمی و همکاران،۱۳۹۷)، تفکیک خویشتن DSI-R (اسکورن و فریندلندر، ۱۹۹۸) و سبک‌های دلبستگی بزرگسالان AASQ (هازن و شاور، ۱۹۸۷) پاسخ دادند. برای گروه آزمایشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه ۲ ساعته، هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره صورت پذیرفت. نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس آزمون دو گروه آزمایش و گواه در متغیر علائم روان‌تنی (F=۳/۷۱۶، p=۰/۰۶۶) و سبک دلبستگی اجتنابی (p=۰/۲۷۳) تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما در متغیرهای تفکیک خویشتن (F=۳۷/۳۲۷، p=۰/۰۰۱)، سبک‌های دلبستگی ایمن (p=۰/۰۰۱) و دوسوگرا (p=۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای تفکیک خویشتن و سبک‌های دلبستگی ایمن و دوسوگرا در زنان دارای علائم روان‌تنی موثر بود.

واژه‌های کلیدی: *ذهن‌آگاهی، تفکیک‌خویشتن، سبک‌دلبستگی، علائم روان‌تنی.*

Abstract
The aim of the present study was to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on psychosomatic symptoms, differentiation of self, and attachment style of women with psychosomatic symptoms. The research method was quasi-experimental and pretest-posttest with the control group. The statistical population included all women with psychosomatic symptoms who were referred to two counseling centers of Superior Attitude and Stable Peace in Isfahan City in 1400. Among these women, 30 people who scored the highest score on the Screening for Somatoform Symptoms questionnaire were selected through targeted sampling. and randomly replaced in two experimental and control groups and they responded to the Screening for Somatoform Symptoms Questionnaire (Ebrahimi et al., 2017), the Differentiation of Self Inventory (Skorn and Friedlander, 1998) and the Adult Attachment Style Questionnaire (Hazen and Shaver, 1987). For the experimental group, mindfulness-based cognitive therapy was held in 8 sessions of two hours and once a week. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance. The findings showed that by controlling the pre-test effect, there is no significant difference between the post-test average of the two experimental and control groups in the variable of psychosomatic symptoms (P=0/066) and avoidant attachment style (P=0/273); But in the variables of differentiation of self (P=0/001), secure attachment style (P=0/001) and ambivalent attachment style (P=0/001) there is a significant difference. Based on this, it can be concluded that the mindfulness-based cognitive therapy intervention was effective in the differentiation of self, secure, and ambivalent attachment styles in women with psychosomatic symptoms.

Keywords*: Mindfulness, Differentiation of Self, Attachment style, Psychosomatic Symptoms.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : دی ۱۴۰۱** **پذیرش: بهمن ۱۴۰۱** **ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.13.3]

مقدمه

اختلالات روانی یکی از چالش‌های کلیدی بهداشت عمومی است (بلومگرن و پرهونیمی[1]،۲۰۲۲) و عامل اصلی رشد عوارض و ناتوانی‌های ناشی از عدم سلامت در جهان به شمار می‌رود. اهمیت این موضوع زمانی دوچندان می‌شود که در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۹، تعداد دالی[2] (سال‌های تطبیق داده شده برای ناتوانی) جهانی اختلالات روانی از ۸۰/۸ میلیون به ۱۲۵/۳ میلیون افزایش یافته و نسبت دالی جهانی منتسب به اختلالات روانی از ۳/۱ درصد به ۴/۹ درصد افزایش یافته است و در این بین سهم زنان بالاتر از مردان است (بار جهانی بیماری[3]،۲۰۲۲). این درحالی است که مطالعه مقطعی نشان داده است که اختلالات روانی در منطقه خاورمیانه از بار بیماری بالایی نسبت به میزان جهانی برخوردار است. همچنین در کشورهای منطقه خاورمیانه به سبب موانع فرهنگی و دیگر محدودیت‌ها زنان به نسبت مردان بیشتر در معرض اختلالات روانی قرار دارند (نوربالا و همکاران، ۱۳۹۹). در این میان یکی از شایع‌ترین اختلالات شناخته شده در بین زنان اختلالات روان‌تنی[4] (سایکوسوماتیک) می‌باشد به گونه‌ای که شیوع آنان در زنان به مراتب به نسبت مردان بالاتر است (توروبیا-پرز[5] و همکاران، ۲۰۲۲؛ بدایع و همکاران، ۱۴۰۰). این اختلالات جسم و ذهن را درگیر می‌کند و منجر به تغییرات جسمی و پاتولوژیک ناشی از علل ذهنی یا عاطفی می‌شوند (گوندیکار[6] و همکاران، ۲۰۲۱).

در واقع اختلال روان‌تنی یا سایکوسوماتیک به‌صورت اختلال بدنی که تحت‌تأثیر ذهن قرار دارد یا در شدیدترین حالت، توسط ذهن ایجاد می‌شود، تعریف شده است که در آن استرس‌های روان‌شناختی بدن را تا نقطه پریشانی به واکنش وامی‌دارد (آندو[7]،۲۰۲۰). این مشکلات و اختلالات اشاره به نشانگان جسمانی مانند اختلالات گوارشی، قلبی - عروقی، دستگاه‌های تناسلی - ادراری، تنفسی، استخوانی - عضلانی، پوست و اختلالات دیگری نظیر سردردهای میگرنی، سرگیجه، خستگی بیش از اندازه، اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، تنگی نفس، تهوع، استفراغ، بی‌خوابی و غیره دارند (انجمن روانشناسی آمریکا[8]، ۲۰۱۹؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۴۰۰). علائم روان‌تنی حیطه وسیعی از مشکلات را در برمی‌گیرند به صورتی که افزایش مشکلات ناشی از آنها، به‌طورجدی بر سلامت روانی تأثیر گذاشته و نسبت به گذشته به یک نگرانی جدی‌تر برای سلامت عمومی (جیانوتا[9] و همکاران، ۲۰۲۲) و کیفیت زندگی (شیدا و آرزو، ۲۰۲۳) تبدیل شده است. عوامل متعددی بر شکل‌گیری و تشدید این علائم و ظهور اختلال روان‌تنی نقش دارند. به نظر می‌رسد که خانواده یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری این اختلالات است.

متفکران روابط ابژه و روانشناسی خود منشأ اختلال روان‌تنی را ترومای اولیه رشد می‌دانند همچنین شور[10](۲۰۱۲) دلبستگی را به‌عنوان منبع رابطه‌ای اختلالات جسمانی معرفی کرد (کاترون[11]، ۲۰۲۱). در واقع نظریه دلبستگی به‌عنوان توضیحی برای رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و پیامدهای سلامت روانی و جسمی مشکل‌ساز در بزرگسالی مطرح شد (ویدوم[12] و همکاران، ۲۰۱۸؛ استیوز[13] و همکاران، ۲۰۲۲). تئوری دلبستگی توصیف می‌کند که چگونه باورها و تمایلات پایدار پیرامون روابط بین‌فردی در تعاملات نوزاد - مراقب رشد می‌کند و به سایر روابط بین‌فردی منتقل می‌شود. این ویژگی‌های پایدار به‌عنوان سبک‌های دلبستگی شناخته می‌شوند و به‌طورکلی به‌عنوان دلبستگی ایمن در مقابل اشکال مختلف دلبستگی ناایمن تعریف می‌شوند (فرالی و شیور[14]، ۲۰۲۱؛ به نقل از والکرا[15] و همکاران، ۲۰۲۲). شیور و هازن[16](۱۹۸۷) سبک‌های دلبستگی بزرگسالان را به سه دسته ایمن، اجتنابی و دوسوگرا تقسیم کردند (مومنی و همکاران، ۲۰۲۲). دلبستگی ایمن در بزرگسالان، با راحتی در روابط نزدیک و اعتماد بین‌فردی مشخص می‌شود که زیربنای آن دیدگاه مثبت نسبت

1.Blomgren & Perhoniemi
2.Disability-Adjusted Life-Years (DALYS)
3.Global Burden of Disease (GBD)
4.Psychosomatic Disorders
5.Torrubia-Pérez
6.Gondivkar
7.Ando
8.American Psychological Association
9.Giannotta
10.Schore
11.Catrone
12.Widom
13.Estévez
14.Fraley & Shaver
15.Walkera
16.Hazan

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.13.3]

به خود و دیگران است (خوستو- ونیز[1]و همکاران، ۲۰۲۲). این درحالی است که افراد دارای سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی معمولاً از داشتن رابطه نزدیک با دیگران ناراحت هستند و احتمالاً اعتماد به دیگران برای آنها دشوار است و یک موضع کنترل‌کننده نسبت به دیگران اتخاذ می‌کنند (کاندی[2]، ۲۰۱۹؛ ترجمه میشن‌چی و قنبری، ۱۴۰۱) و دیدگاه مثبتی نسبت به خود و دیدگاهی منفی نسبت به دیگران دارند. در نهایت افرادی که دارای دلبستگی ناایمن دوسوگرا هستند، درک مثبت‌تری از دیگران دارند و خواهان حمایت و محبت دیگران هستند و همچنین به نظر می‌رسد که عزت‌نفس پایینی دارند و تمایل دارند که وابسته باشند (معلوف[3]و همکاران، ۲۰۲۲). بررسی‌ها نشان می‌دهد محیط خانوادگی ضعیف می‌تواند باعث شکل‌گیری سبک‌های دلبستگی ناایمن شود و این دلبستگی ناایمن نیز باعث ایجاد مشکلات روانی و کاهش سلامت روان شود (ویدوم و همکاران، ۲۰۱۸؛ پیترومواکو و بک[4]، ۲۰۱۹). به صورتی که در مطالعات از سبک‌های دلبستگی ناایمن به‌عنوان یکی از عوامل خطر در تشدید و به‌وجودآمدن اختلالات روان‌تنی در افراد یاد می‌کنند (کاشینو[5]و همکاران، ۲۰۲۲؛ بدایع و همکاران، ۲۰۲۱؛ گیودتی[6]و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از عواملی که محققان آن را به‌عنوان یک عامل مؤثر بر تشدید اختلالات روان‌تنی می‌شناسند سطح تفکیک خویشتن فرد است. بر اساس نظریه بوئن[7] (۱۹۷۸)، تفکیک خویشتن ساختاری است که در دو سطح بیان می‌شود: در سطح درون روانی، توانایی ایجاد تعادل بین عملکرد عاطفی و فکری است و در سطح بین‌فردی، توانایی ایجاد روابط صمیمانه و عاطفی با دیگران، به صورتی که افراد با حفظ استقلال، صمیمیت و خودمختاری را تجربه می‌کنند (قوی‌بازو و همکاران، ۲۰۲۲). درحالی‌که افراد دارای تفکیک خویشتن پایین تمایل به گزارش مهارت‌های اجتماعی ضعیف، تعارضات بین‌فردی بیشتر، و تمایل به تجربه اضطراب، استرس و ناراحتی در روابط صمیمی با دیگران دارند و برای مقابله با استرس در روابط به آمیختگی با دیگران یا قطع عاطفی از طریق فاصله فیزیکی و عاطفی متوسل می‌شوند (سیگالا[8]و همکاران، ۲۰۲۲) به‌گونه‌ای که به استرس‌های بیرونی یا درونی با فعال‌سازی هیجانی شدید و غیرمنطقی واکنش نشان می‌دهند، و تمایل دارند توانایی کمی برای تفکر و عمل مستقل از خود نشان دهند (دوک-سبالوسا[9]و همکاران، ۲۰۲۱؛ لامپیس[10]و همکاران، ۲۰۱۹). در نتیجه؛ این عملکرد منجر به تشدید علائم روان‌تنی می‌گردد (یوسف‌زاده و ابراهیمی، ۲۰۲۰)؛ بنابراین تفکیک خویشتن در زنان دارای علائم روان‌تنی به جهت کاهش مشکلات آنان باید موردتوجه قرار گیرد و سعی شود با انجام مداخلاتی زمینه را برای تقویت آن فراهم نمود. در راستای این مهم در حوزه روان‌شناسی محققان و اندیشمندان از رویکردها و مدل‌های آموزشی - درمانی مختلفی برای افزایش بهزیستی روانی و سلامت عمومی بهره می‌گیرند و به دنبال آن هستند تا مؤثرترین و کارآمدترین نوع درمان را به جهت غنی‌سازی و بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان افراد به کاربندند. در بین تمامی مدل‌ها، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور فزاینده‌ای برای بهبود سلامت روان و بهزیستی مورداستفاده قرار می‌گیرند که با پیامدهای مثبتی در این زمینه همراه بوده است (ویتفیلد[11]و همکاران، ۲۰۲۲).

ذهن‌آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در آئین و تعالیم مذهبی شرقی دارد. به عبارتی به معنای آگاه بودن از افکار، هیجانات، احساسات و رفتار است و شکل خاصی از توجه به‌حساب می‌آید (موسوی و همکاران، ۱۳۹۹) و یک شیوهٔ بودن است، همچنین به معنای پاسخ‌دادن به‌جای واکنش نشان‌دادن همراه با صبر، گشودگی و شفقت در برابر جریان مستمر به وقایع، اتفاقات و تجارب زندگی و آگاهی لحظه‌به‌لحظه، بی‌غرض، غیر قضاوتی و پایدار از حالت‌ها و فرایندهای ذهنی قابل‌درک است (ولف و سرپا[12]، ۲۰۱۵؛ ترجمه، حلمی، ۱۳۹۸). ذهن‌آگاهی با مؤلفه‌هایی نظیر پذیرش (واقعیت)، حضور (در زمان حال)، اجتناب (از نشخوار فکری) شامل اهدافی همچون ارتقای بهزیستی و آگاهی از خود و محیط همراه با تعدیل ذهن است (شومان-اولیویه[13]و همکاران، ۲۰۲۰). آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) ارائه شیوه‌های نوین برای پیشگیری از عود و برگشت افسردگی اساسی است که توسط سگال[14]و همکاران (۲۰۰۲) تدوین

1.Justo-Núñez
2.Cundy
3.Maalouf
4.Pietromonaco & Beck
5.Cascino
6.Guidetti
7.Bowen
8.Scigala
9.Duch-Ceballosa
10.Lampis
11.Whitfield
12.Wolf & Serpa
13.Schuman-Olivier
14.Segal

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.13.3]

گردید. اگرچه مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی علاوه بر درمان افسردگی، بر اضطراب و اختلالات مرتبط با استرس و بسیاری از مشکلات روانی دیگر نیز، کارآمدی خود را نشان داده‌اند (کرگو[1] و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش مروری با تمرکز بر بیماری‌های پوستی و دهان و فک و صورت نشان داده که مدیتیشن ذهن‌آگاهی می‌تواند اثرات مثبتی بر درمان این بیماری‌ها داشته باشد (گانسان و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین والدمن[2] و همکاران (۲۰۲۲) توانستند اثربخشی MBCT را برای کاهش درد زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نشان دهند. از جهت دیگر نتیجهٔ مطالعهٔ فراتحلیل مارینو[3] و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند تأثیر مثبتی بر رویارویی با عوامل خطر روانی داشته و مشکلات فیزیولوژیکی را تا حدودی بهبود ببخشند. همچنین نتایج پژوهش یوسفی‌تازه کند (۱۴۰۰) در راستای تأیید اثربخشی MBCT بر علائم روان‌تنی در بیماران مبتلا به وسواس اجباری بود. آنچه که محرز است اکثر مطالعات مذکور اثربخشی مداخلات ذهن‌آگاهی را تنها برای طیف محدودی از علائم روان‌تنی مورد بررسی قرار داده‌اند که می‌تواند به‌عنوان یکی از محدودیت‌های موجود در مطالعات پیشین مطرح شود. از سوی دیگر حاجی‌ستاری ممقانی (۱۴۰۰)، محمدی‌پور و شجاعی (۱۳۹۷) و یزدی و بهنود (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش ذهن‌آگاهی بر ارتقا سطح تفکیک خویشتن می‌تواند اثربخش باشد. همچنین مطالعات متعددی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی را بر سبک دلبستگی نشان داده‌اند (قهرمانلو و همکاران، ۱۴۰۰؛ افتخاری، ۱۳۹۸؛ میرمبینی و همکاران، ۱۳۹۶). بااین‌حال اکثر مطالعات نامبرده شده اثربخشی این آموزش را بر تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی در جمعیت‌های دیگر مورد بررسی قرار داده و اثربخشی آن بر زنان دارای علائم روان‌تنی کمتر موردتوجه قرار گرفته است.

حال باتوجه‌به موارد مذکور و افزایش روند شیوع اختلالات روانی؛ بالاخص اختلالات روان‌تنی در بین زنان و اهمیت آسیب‌ها و هزینه‌های برآمده از آن بر فرد، خانواده و جامعه و نقش‌برجستهٔ سازه‌های تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی بر ظهور و یا حتی افزایش علائم روان‌تنی و اهمیت به‌کارگیری مداخلات مؤثر به جهت کاهش آسیب‌های ناشی از علائم روان‌تنی و ارتقای سطح تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی در جامعه موردمطالعه و سوق‌دادن آنها به سمت زندگی مطلوب و سالم‌تر و همچنین باتوجه‌به پیشینهٔ پژوهشی که نشان می‌دهد تحقیقات انجام شده در جهت اثربخشی MBCT کمتر بر جمعیت زنان مبتلا به علائم روان‌تنی در ایران متمرکز بوده‌اند و این در حالی است که مطابق نتایج مطالعات پیشین این آموزش توانسته است بر سلامت عمومی، بهبود علائم جسمی و روانی نقش مثبتی داشته باشد این‌گونه به نظر می‌رسد که این آموزش بتواند در جامعه موردمطالعه نیز اثرات مثبتی بر علائم روان‌تنی، تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی داشته باشد؛ بنابراین به دلیل محدود بودن پژوهش‌های انجام شده و نبود پژوهشی مشابه در این زمینه؛ هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم روان‌تنی، تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی زنان دارای علائم روان‌تنی است.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دارای علائم روان‌تنی مراجعه‌کننده به دو مرکز نگرش برتر و آرامش پایدار در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود که از بین آنان ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، دارابودن سن ۲۰ تا ۴۵ سال، کسب نمره ۹۴ به بالا در پرسشنامه‌ی اختلالات علائم جسمانی (SOMS-7)، عدم شرکت در دوره‌های موازی درمانی و ملاک‌های خروج شامل عدم مشارکت در فعالیت‌های گروه، داشتن ۲ جلسه غیبت، عدم تعهد نسبت به تمریناتی گروه و انصراف از ادامه پژوهش بود. به گروه آزمایش، MBCT در ۸ جلسه ۲ ساعته و هفته‌ای یک جلسه ارائه شد؛ ولی گروه گواه هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا گردید. بر مبنای موازین و اصول اخلاقی از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و دررابطه‌با موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات کافی و لازم به آنان ارائه گردید، به زنان شرکت‌کننده این اطمینان داده شد که امکان انصراف و خروج در هر مرحله‌ای از مراحل

1.Crego
2.Waldman
3.Marino

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.13.3]

پژوهش را دارند و همچنین نتایج برآمده از پژوهش به‌صورت کلی انتشاریافته و اصل رازداری و محرمانه بودن رعایت خواهد شد. در نهایت، داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه غربالگری برای اختلالات علائم جسمانی[1] (SOMS-7): یک مقیاس ۵۳ آیتمی که توسط رایف و هیلر[2] (۲۰۰۳) برای ارزیابی اثر درمان در بیماران مبتلا به اختلال علائم جسمانی تدوین گردید که شامل تمام ابعاد اختلالات علائم جسمانی است و علائم و نشانه‌های بیماران را در هفت روز ارزیابی می‌کند. شدت علائم بر اساس معیار درجه‌بندی‌شده از صفر برای کمترین شدت تا ۴ برای بیشترین شدت تنظیم گردیده است. در پژوهش رایف و هیلر (۲۰۰۳) که روان‌سنجی پرسشنامه از طریق مصاحبه بالینی با بیماران و گزارش علائم توسط آنها انجام شد، پایایی پرسشنامه به روش آلفا کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد و همچنین در پژوهش فابیائو[3] و همکاران (۲۰۱۰) روایی همگرا پرسشنامه غربالگری برای اختلالات علائم جسمانی با پرسشنامه نگرش به بیماری[4] ۰/۹۰ به‌دست آمد. پرسشنامه در ایران توسط ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۷) مورد تجدیدنظر و اضافات قرار گرفت که نهایتاً بعد از اعتباریابی به ۴۷ سؤال با دو عامل علائم قلبی-عروقی، تنفسی و گوارشی و عامل درد عضلانی-اسکلتی و نورولوژیک تقلیل یافت. ابراهیمی و همکارن (۱۳۹۷) نشان دادند که همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ و پایایی با روش بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۷۰ است. ارزیابی روایی همگرا پرسشنامه با در نظر گرفتن تحلیل عاملی با خرده مقیاس‌های پرسشنامه علائم جسمانی (PHQ-12)[5] با عامل اول ۰/۵۱ و با عامل دوم ۰/۵۹ گزارش شد که حاکی از روایی همگرای آن بود. در این پژوهش پایایی از طریق آلفای‌کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد.

پرسشنامه تفکیک خویشتن[6] (DSI): پرسشنامۀ تفکیک خویشتن با ۴۵ سؤال توسط اسکورن و فریندلندر[7] (۱۹۹۸) و به‌منظور سنجش میزان تفکیک خویشتن تدوین گردید. این پرسشنامه از ۴ خرده مقیاس واکنش‌پذیری عاطفی، جایگاه من، گریز عاطفی و هم‌آمیختگی با دیگران تشکیل و با مقیاس لیکرت در یک طیف ۶ گزینه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۶) تنظیم شده است. نمرات کمتر در این پرسشنامه بیانگر سطوح پایین تفکیک خویشتن است. اسکورن و اسمیت[8] (۲۰۰۳) روایی این پرسشنامه را به روش واگرا با محاسبۀ همبستگی نمره آن با خرده مقیاس ترس از رهاشدن پرسشنامه تجربه روابط نزدیک برنان[9] و همکاران (۱۹۹۸) ۰/۵۳ گزارش نمودند که نشان‌دهندۀ روایی خوب است، همچنین همسانی درونی را از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند که نشانگر پایایی مطلوب برای این پرسشنامه است. در ایران زارعی و حسینقلی (۱۳۹۳) روایی این پرسشنامه را به روش همگرا با پرسشنامه تعهد زناشویی ۰/۴۵ و ضریب همسانی درونی با محاسبه آلفا کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند (صفری و همکاران، ۱۴۰۱). پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر ۰/۸۲ بدست آمد.

پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسالان[10] (AASQ): پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسالان توسط هازن و شیور در سال ۱۹۸۷ به‌منظور سنجش سبک دلبستگی اشخاص ساخته شد و در ایران توسط بشارت (۲۰۱۱) بر روی دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی گردید. این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال است که به هرکدام از خرده مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی ایمن، ناایمن اجتنابی و ناایمن دوسوگرا ۵ ماده اختصاص‌یافته است. نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از خیلی کم (۱)، کم (۲)، متوسط (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) تنظیم گردیده است. بالاترین نمره در هرکدام از خرده مقیاس‌ها نشانگر سبک دلبستگی آزمودنی است. پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه توسط هازن و شیور (۱۹۸۷) ۰/۸۱ و پایایی از طریق آلفاکرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد، همچنین در پژوهش لوی و دیویس[11] (۱۹۸۸) همبستگی پرسشنامه سبک دلبستگی با خرده مقیاس‌های پرسشنامه سبک‌های عشق استرنبرگ (۱۹۸۶) محاسبه شد به این صورت که همبستگی سبک دلبستگی ایمن با خرده مقیاس‌های صمیمت، تعهد و هوس به ترتیب ۰/۲۵، ۰/۱۹ و ۰/۱۸ و همبستگی بین سبک دلبستگی دوسوگرا با خرده مقیاس‌های صمیمیت (۰/۲۴)، تعهد (۰/۲۱-) و هوس (۰/۲۴-) همچنین بین سبک دلبستگی اجتنابی با

1.Screening for Somatoform Symptoms (SOMS-7)
2.Rief & Hiller
3.Fabião
4.Illness Attitudes Questionnaire
5.Patient Health Questionnaire
6.Differentiation of Self Inventory (DSI)
7.Skowron & Friedlander
8.Schmitt
9.Brennan
10.Adult Attachment Style Questionnaire (AASQ)
11.Levy & Davis

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.13.3]

صمیمت (۰/۳۲-)، تعهد (۰/۲۸-) و هوس (۰/۲۴-) بود که نشان‌دهندهٔ روایی همگرا پرسشنامه است. ضریب آلفاکرونباخ در پژوهش بشارت (۲۰۱۱) برای خرده مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی ایمن (۰/۸۵)، ناایمن اجتنابی (۰/۸۵) و ناایمن دوسوگرا (۰/۸۴) گزارش شد و روایی محتوای آن از طریق همبستگی نمرات پانزده نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و تأیید گردید. پایایی از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۶ بدست آمد.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[1](MBCT): شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توسط سگال و همکاران (۲۰۰۲) تدوین گردیده است، این آموزش در قالب یک برنامه گروهی ۸ جلسه دوساعته هر هفته یک جلسه توسط محقق اجرا گردید. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)

جلسه	محتوا
جلسه اول	هدایت خودکار: برقراری ارتباط، بیان قواعد، شرح اهداف مداخله، جلب نظر و لزوم تعهد افراد جهت حضور در جلسات، خوردن کشمش با آگاهی مراقبه وارسی بدن، (در پایان جلسات آموزشی تکالیف خانگی برای شرکت‌کنندگان ارائه می‌شد)
جلسه دوم	مقابله با موانع: مراقبه وارسی جسمانی، تمرین احساسات و افکار، ۱۰ دقیقه مراقبه نشسته
جلسه سوم	حضور ذهن بر روی تنفس و بدن در زمان حرکت: تمرین دیدن و شنیدن به مدت ۵ دقیقه، تکنیک راه‌رفتن ذهن‌آگاهانه و فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، بازنگری تمرینات
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال: ۵ دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه نشسته و راه‌رفتن با حضور ذهن.
جلسه پنجم	پذیرش و اجازه - مجوز حضور: بازنگری تمرینات و انجام مراقبه نشسته آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و بحث و گفتگو در مورد اهمیت پذیرش و ویژگی‌های آن، با تأکید بر اهمیت فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای مقابله‌ای
جلسه ششم	فکرها نه حقایق: آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به‌آسانی خارج‌کردن آنها از ذهن بدون قضاوت، مراقبه نشسته، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای
جلسه هفتم	مراقبت از خویش - تمرین تکنیک‌های قبلی در این جلسه به‌گونه‌ای که به‌عنوان یک کار متداول روزانه مورداستفاده قرار گیرد فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای نه‌تنها روزانه سه بار و هرزمانی که متوجه استرس و هیجانات ناخوشایند می‌شوند
جلسه هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنارآمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، تمرین مراقبه وارسی جسمانی، مروری بر آنچه در دوره گذشت، به پایان رساندن مراقبه و در نهایت اجرای پس‌آزمون از گروه آزمایش و کنترل

یافته ها

میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش به ترتیب ۳۵/۲۰ و ۴/۴۸ و در گروه گواه ۳۶/۰۷ و ۳/۳۷ بود. همچنین بیشترین درصد در گروه آزمایش (۲۳/۳٪) و گروه گواه (۲۶/۷٪) دارای سطح تحصیلات دیپلم بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات علائم روان‌تنی، تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی در دو گروه آزمایش و گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گواه

متغیر	آزمون	گروه آزمایش		گروه گواه	
		M	SD	M	SD
علائم روان‌تنی	پیش‌آزمون	۱۱۵/۸	۱۱/۴۹	۱۱۸/۶۷	۱۸/۰۹
	پس‌آزمون	۹۳/۶۷	۱۰/۰۲	۱۰۷/۸۷	۱۴/۶۱
تفکیک خویشتن	پیش‌آزمون	۱۰۵/۶۷	۷/۲۸	۱۰۸/۰	۱۰/۳۵
	پس‌آزمون	۱۲۴/۸۷	۸/۴۶	۱۰۸/۱۳	۷/۴۱
ایمن	پیش‌آزمون	۷/۸	۱/۷۴	۹/۳۳	۲/۱۲

1.Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.13.3]

اجتنابی		۹/۹۳	۱/۶۶	۱۰/۰۷	۲/۰۸
دوسوگرا		۸/۸	۲/۵۶	۶/۰	۳/۵۴
ایمن		۱۱/۶	۱/۵	۹/۶	۲/۲۶
اجتنابی	پس‌آزمون	۷/۷۳	۱/۶۶	۹/۱۳	۱/۹۹
دوسوگرا		۴/۶	۲/۱۹	۷/۵۳	۳/۷

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار علائم روان‌تنی، تفکیک خویشتن و ابعاد سبک دلبستگی را در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد که یافته‌ها نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین نمرات تغییرات محسوسی داشته است. جهت بررسی اثر مداخلهٔ آزمایشی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد؛ بنابراین ابتدا پیش‌فرض‌هایی که برای آزمون فوق نیاز بود بررسی گردید. برای بررسی توزیع نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو - ویلک استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد که مقدار سطح معناداری به‌دست‌آمده متغیرهای علائم روان‌تنی، تفکیک خویشتن و ابعاد سبک دلبستگی بیشتر از ۰/۰۵ و در نتیجه توزیع نمرات نرمال است. برای بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد؛ نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌های علائم روان‌تنی (F=۰/۶۴۷ و Sig=۰/۴۲۸)، تفکیک خویشتن (F=۱/۳۱۱ و Sig=۰/۲۶۲)، سبک دلبستگی ایمن (F=۱/۹۵۸ و Sig=۰/۱۷۳)، سبک دلبستگی اجتنابی (F=۰/۲۹۹ و Sig=۰/۵۸۹) و سبک دلبستگی دوسوگرا (F=۰/۷۲۱ و Sig=۰/۴۰۳) تأیید می‌شود. پیش‌شرط لازم دیگر جهت بررسی نبودن تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون است که میزان F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود (p>۰/۰۵) و بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعامل وجود نداشت. به‌منظور شرط همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید باتوجه‌به سطح Sig=۰/۰۴۲ برای متغیرهای تحقیق، فرض برابری ماتریس کوواریانس برای متغیرهای تحقیق تأیید نشد. در این حالت، برای آزمون فرض کلی در جدول ۳، از اثر پیلایی استفاده نمی‌شود و سه سطر دیگر موردتوجه قرار می‌گیرند.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چند متغیری

منبع تغییرات	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
اثرپیلایی	۰/۸۰۷	۱۵/۸۷۸	۵	۱۹	۰/۰۰۱**	۸۰/۷	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۱۹۳	۱۵/۸۷۸	۵	۱۹	۰/۰۰۱**	۸۰/۷	۰/۹۹۹
اثرهتلینگ	۴/۱۷۹	۱۵/۸۷۸	۵	۱۹	۰/۰۰۱**	۸۰/۷	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۴/۱۷۹	۱۵/۸۷۸	۵	۱۹	۰/۰۰۱**	۸۰/۷	۰/۹۹۹

همان‌طور که در جدول ۳، مشاهده می‌شود، سطوح معناداری آزمون‌ها بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایشی و گواه در متغیرهای علائم روان‌تنی، تفکیک خویشتن و ابعاد سبک دلبستگی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد (**F**=۱۵/۸۷۸، **p**=۰/۰۰۱). بررسی دقیق‌تر این نتیجه در جدول ۴، ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون مانکوا جهت بررسی اثر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
علائم روان‌تنی	پیش‌آزمون	۱۰۹۹/۰۴۰	۱	۱۰۹۹/۰۴۰	۸/۸۱۷	۰/۰۰۷	۰/۲۷۷	۰/۸۱۱
	گروه	۴۶۳/۱۵۳	۱	۴۶۳/۱۵۳	۳/۷۱۶	۰/۰۶۶	۱۳/۹	۰/۴۵۵
	خطا	۲۸۶۶/۹۷۶	۲۳	۱۲۴/۶۵۱				
	کل	۳۱۰۵۲۷	۳۰					

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.13.3]

تفکیک	پیش‌آزمون	۷۲۷/۲۸۹	۱	۷۲۷/۲۸۹	۱۲/۳۱۹	۰/۰۰۲	۰/۳۴۹	۰/۹۱۹
خویشتن	گروه	۲۲۰۳/۶۲۴	۱	۲۲۰۳/۶۲۴	۳۷/۳۲۷	۰/۰۰۱**	۶۱/۹	۰/۹۹۹
	خطا	۱۳۵۷/۸۱۸	۲۳	۵۹/۰۳۶				
	کل	۴۱۱۰۴۱	۳۰					
سبک	پیش‌آزمون	۱/۹۵۲	۱	۱/۹۵۲	۰/۸۶۰	۰/۳۶۳	۰/۰۳۶	۰/۱۴۴
دلبستگی	گروه	۳۹/۵۵۳	۱	۳۹/۵۵۳	۱۷/۴۲۶	۰/۰۰۱*	۴۳/۱	۰/۹۷۹
ایمن	خطا	۵۲/۲۰۵	۲۳	۲/۲۷				
	کل	۳۵۰۴	۳۰					
سبک	پیش‌آزمون	۵/۸۴۲	۱	۵/۸۴۲	۱/۵۸۴	۰/۲۲۱	۰/۰۶۴	۰/۲۲۶
دلبستگی	گروه	۴/۶۳۵	۱	۴/۶۳۵	۱/۲۶۱	۰/۲۷۳	۵/۲	۰/۱۹
اجتنابی	خطا	۸۴/۵۶	۲۳	۳/۶۷۷				
	کل	۲۲۴۳	۳۰					
سبک	پیش‌آزمون	۴/۴۹۱	۱	۴/۴۹۱	۰/۵۳۸	۰/۴۷۱	۰/۰۲۳	۰/۱۰۸
دلبستگی	گروه	۱۰۸/۷۷۴	۱	۱۰۸/۷۷۴	۱۳/۰۲۳	۰/۰۰۱**	۳۶/۲	۰/۹۳۲
دوسوگرا	خطا	۱۹۲/۱۱۲	۲۳	۸/۳۵۳				
	کل	۱۴۲۸	۳۰					

باتوجه‌به سطوح معناداری متغیرهای علائم روان‌تنی، تفکیک خویشتن و ابعاد سبک دلبستگی در جدول ۴، مشاهده می‌شود که برای علائم روان‌تنی (F=۳/۷۱۶، p=۰/۰۶۶) و سبک دلبستگی اجتنابی (F=۱/۲۶۱، p=۰/۲۷۳) بیشتر از ۰/۰۵ و برای تفکیک خویشتن (F=۳۷/۳۲۷، p=۰/۰۰۱) و سبک‌های دلبستگی ایمن (F=۱۷/۴۲۶، p=۰/۰۰۱) و دوسوگرا (F=۱۳/۰۲۳، p=۰/۰۰۱) کمتر از ۰/۰۵ است بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بین گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا تفاوت معناداری وجود دارد؛ اما در علائم روان‌تنی و سبک دلبستگی اجتنابی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم روان‌تنی، تفکیک خویشتن و سبک دلبستگی زنان دارای علائم روان‌تنی صورت پذیرفت.

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم روان‌تنی زنان دارای علائم روان‌تنی اثر معناداری ندارد. این یافته‌ها با نتایج گانسان و همکاران (۲۰۲۲)؛ والدمن و همکاران (۲۰۲۲)؛ مارینو و همکاران (۲۰۲۱) و یوسفی تازه‌کند (۱۴۰۰) ناهمسو است. ازآنجائی‌که MBCT دربرگیرندهٔ آموزش‌هایی است که ویژگی‌های کلی مقابله با پریشانی، ناتوانی و مدیریت استرس را در زندگی روزمره و همچنین در شرایط فوق‌العاده‌تر اختلال جدی یا شرایط استرس‌زا افزایش می‌دهد و همچنین نتایج مطالعات پیشین در راستای تأیید این امر بودند؛ انتظار محقق بر این بود که این آموزش ممکن است بتواند باعث کاهش علائم روان‌تنی در زنان دارای علائم روان‌تنی شود؛ اما نتایج پژوهش در راستای تأیید فرضیه پژوهشگر نبود. در تبیین نتیجه حاصله و ناهمسویی آن با نتایج پژوهش‌های قبل ممکن است نوع ابزار، محتوا و فرایند مداخله، نمونه و عوامل دیگر در نتیجه به‌دست‌آمده تأثیرگذار باشند. به‌هرحال باتوجه‌به اینکه علائم روان‌تنی ممکن است در اثر عوامل متعددی ایجاد گردد و شدت آن در زنان متفاوت باشد همچنین ممکن است زنان علی‌رغم کسب مهارت‌هایی در این زمینه به هنگام مواجه مجدد با شرایط استرس‌زا و مواقع خلق پایین الگوهای عادتی فکری قبلی‌شان به طور خودکار فعال گردد که در نتیجهٔ تکرار این الگو چرخه‌های معیوب خلق شدیدتر شده و نتوانند به‌خوبی استرس تجربه شده را مدیریت و با ذهن باز و پذیرا عمل کنند و مانع از آن شود که علائم روان‌تنی در آنان کاهش یابد و این امر در محیط خارج از درمان که نظارت کمتری وجود دارد بیشتر بروز یابد؛ لذا می‌تواند به‌عنوان دلیلی بر اثربخش نبودن MBCT در جامعهٔ موردمطالعه باشد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.13.3]

نتایج دیگر پژوهش نشان داد آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تفکیک خویشتن زنان دارای علائم روان‌تنی اثربخش است. نتایج با یافته‌های حاجی‌ستاری ممقانی (۱۴۰۰)، محمدی‌پور و شجاعی (۱۳۹۷) و یزدی و بهنود (۱۳۹۷) همسو بود. در تبیین یافتهٔ بدست آمده می‌توان عنوان کرد که MBCT ، با افزایش آگاهی زنان نسبت به زمان حال با انجام تمریناتی همانند معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون و توجه به تنفس و بدن (آموزش‌های جلسه سوم و چهارم) توانسته است بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر گذارد و منجر به ذهن‌آگاهی روشن و غیر قضاوتی دررابطه‌با آنچه که هر لحظه متوالی در ادراک رخ می‌دهد شود درنتیجه این تمرینات زنان فراگرفتند که به هیجان‌ها، افکار و احساساتی که در هر لحظه در آنان هویدا می‌شود توجه کرده و نسبت به آنها آگاه شوند تا بتوانند به نحو مؤثرتری آنان را تجربه نموده و از میزان آشفتگی هیجانی خود در مواجه با شرایط پرتنش بکاهند و در نتیجهٔ این امر آنان توانستند به مسائل و رویدادها همان گونه که هستند بنگرند و نه بر اساس برداشت‌هایشان از آن رویداد به سبب افزایش توانایی‌های فراشناختی برای جداکردن فکر از عاطفه و حضور و گشودگی نسبت به تجربه و پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی متعدد (مانند آموزش‌های جلسه پنجم و ششم) توانستند تعادل بیشتری را در مواجه با امور و روابط خویش با دیگران بدست آورند به‌عبارت‌دیگر آنان یاد می‌گرفتند مستقل از هرگونه آشفتگی هیجانی پیرامونشان را تجربه کرده و تصمیم‌گیری کنند که ممکن است خود عاملی برای افزایش سطح تفکیک خویشتن آنان پس از آموزش باشد. درواقع آنان از لحاظ هیجانی پخته‌تر می‌شوند و می‌توانند به‌رغم وجود فشارهای بیرونی برای همرنگی مطابق میل خود فکر، احساس و عمل نمایند و به هویت خویش و اعتقادشان اطمینان بیشتری داشته باشند و همچنین درنتیجه MBCT (جلسات پنجم و ششم آموزش در پژوهش حاضر) زنان به این مهارت دست یافتند که خود را از افکار و الگوهای رفتاری خودکار خود رها کنند و از تنظیم آگاهانه و هشیارانه به‌عنوان وسیله‌ای برای ارتقای عملکرد مثبت در مواجه با نشخوارهای فکری و الگوهای تفکر معیوب استفاده نمایند همین امر منجر شد تا در مواجهه با مسائل و وقایع دچار نشخوارهای فکری و هیجان‌های برآمده از آنها نشوند و با پذیرش رویدادها به‌صورت سازنده‌تری با آنها مواجه شوند همچنین خودآگاهی آنان از طریق ارتباطی که با صدای درونی خود برقرار می‌کردند افزایش یافت و تجارب بدنی، شناختی و عاطفی در طی تمرینات به گسترش ادراک آنان از خود و فردیتشان کمک کرد که در نتیجهٔ این امر سطح تفکیک خویشتن آنها افزایش یافت و نیز گسترش توانایی برای آگاه ماندن از حالات عاطفی و واکنش‌های انعکاسی خود به آنان کمک کرد تا به احساس خودمختاری و تفکیک خویشتن در زمینه روابط دست یابند که در نتیجه به آنان این امکان را می‌داد که در هنگام استرس‌های محیطی و رابطه‌ای از موقعیت من استفاده نمایند. همچنین تمرینات حضور ذهنی و افزایش تفکیک خویشتن ممکن است باعث شده باشد که از تداوم الگوهای مخربی که قبلاً در مواجه با موقعیت‌های پرتنش به کار می‌برده‌اند جلوگیری کنند.

یافتهٔ دیگر پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا در زنان دارای علائم روان‌تنی بود که این نتایج همسو با یافته‌های قهرمانلو و همکاران (۱۴۰۰)، افتخاری (۱۳۹۸) و میرمبینی و همکاران (۱۳۹۶) بود؛ و در زمینهٔ معنادار نبودن اثربخشی این آموزش بر سبک دلبستگی اجتنابی با پژوهش افتخاری (۱۳۹۸) همسو بود. در تبیین اثربخشی MBCT بر افزایش الگوی دلبستگی ایمن و کاهش سبک دلبستگی ناایمن دوسوگرا می‌توان عنوان کرد که زنان در طی تمرینات MBCT همچون وارسی بدنی، ماندن در زمان حال، پذیرش و حضور (آموزش‌های جلسه دوم، سوم و چهارم) یاد می‌گرفتند که در برخورد با تجربیات زندگی و روابط بین‌فردی خود نسبت به اعمال، افکار و احساسات خود در مواجه با دیگران آگاه شوند که این تمرینات در آنان منجر به پذیرش خود و دیگران همان گونه که هستند می‌شد که در نتیجهٔ این امر ارتباطشان با اشخاصی که در زندگی آنان وجود داشت و به‌ویژه با خودشان عمیق‌تر و حقیقی‌تر می‌شد و روابطی را شکل می‌دادند که مورد رضایت هر دو طرف بوده، بدون آنکه نیازهای خود را همسو و هماهنگ با نیازها و احساسات دیگران کنند. ازآنجائی‌که افراد دارای سبک دلبستگی دوسوگرا عمدتاً دچار نشخوار فکری و نگرانی در مورد دسترسی به افراد مهم زندگی و رهاشدن هستند؛ در طی آموزش‌های MBCT همچون شنیدن صدای درونی، حضور و بودن در زمان حال و پذیرش (مانند تمرینات جلسات چهارم و پنجم در پژوهش حاضر) زنان دارای علائم روان‌تنی فرامی‌گرفتند که با استقبال از زمان حال و ابراز آن به‌جای ارزیابی آن در ارتباط با گذشته و آینده روابط جدید خود را شکل دهند و به‌جای تکرار الگوهای ارتباطی ناکارآمد همانند وابسته بودن بیش از اندازه و جلب حمایت دیگران الگوهای ارتباطی کارآمدی را در پیش گیرند که به منجر به ارتقا سبک دلبستگی ایمن و کاهش سبک دلبستگی دوسوگرا در آنان شود. در ارتباط با اثربخش نبودن MBCT بر سبک دلبستگی اجتنابی ممکن عوامل گوناگونی دخیل باشند باتوجه‌به اینکه افراد با سبک دلبستگی اجتنابی عمدتاً نسبت به نزدیکی به دیگران احساس امنیت نمی‌کنند

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.13.3]

و در نتیجه مقاومت بیشتری از خود نشان می‌دهند به همین جهت ممکن است این آموزش نتوانسته باشد برای این افراد اثربخش باشد همچنین ممکن است نیاز باشد تا مداخلات دیگری به همراه MBCT برای این افراد به کار گرفته شود.

در نهایت می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند موجب بهبود سبک دلبستگی دوسوگرا شده و همچنین به طور مؤثری بر ارتقا سطح سبک دلبستگی ایمن و تفکیک خویشتن در زنان دارای علائم روان‌تنی اثرگذار باشد. از نظر محدودیت‌های پژوهش ازآنجایی‌که روش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند بود و این پژوهش تنها بر روی زنان انجام شده است بهتر است در تعمیم‌یافته‌های به‌دست‌آمده به سایر افراد احتیاط لازم صورت پذیرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای بررسی بهتر اثربخشی MBCT در افراد دارای علائم روان‌تنی، این مطالعه بر روی مردان و با شیوهٔ نمونه‌گیری تصادفی انجام پذیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود متخصصان از MBCT به‌عنوان برنامه‌ای جهت بهبود و ارتقا سطح کیفیت زندگی زنان دارای علائم روان‌تنی در مراکز مشاوره، بهداشت و همچنین فرهنگسراها بهره گیرند.

منابع

ابراهیمی، ا.، ا.، میر شاهزاده، پ.، افشار زنجانی، ح.، ادیبی، پ، حاجی‌هاشمی، ع، و نصیری ده‌سرخی، ح. (۱۳۹۷). بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه اختلال علایم جسمانی در جمعیت بیماران روان‌پزشکی شهر اصفهان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۲)، ۲۴۰-۲۳۴. http://dx.doi.org/10.52547/rbs.16.2.234

افتخاری، ر. (۱۳۹۸). *اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ابعاد سرشت و منش و سبک‌های دلبستگی دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب فراگیر*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، مؤسسه آموزش عالی شاندیز. https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/0f71081df4bdb154246d2ef0f318e3f6

انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۹). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم (به‌روز شده ۲۰۱۹) DSM-۵*. ترجمه، یحیی سیدمحمدی (۱۴۰۰). تهران، نشر روان. https://www.arjmandpub.com/Book/1180

بدایع، ا.، وزیری، ش.، و لطفی کاشانی، ف. (۱۴۰۰). سهم تنظیم هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و دلبستگی، در پیش‌بینی علائم سایکوسوماتیک با تعدیلگری جنسیت و سطح پریشانی. *مجله علمی سازمان نظام‌پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۳۹ (۱)، ۳۰-۳۸. http://jmciri.ir/article-1-3067-fa.html

حاجی‌ستاری ممقانی، ن. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان رفتاری شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی والد محور بر سازگاری شخصی - اجتماعی و تمایزیافتگی خود در مادران کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی، *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۹(۱۳)، ۱۱-۱. http://jnip.ir/article-1-556-fa.html

صفری، م.، رضاخانی، س.، و دوکانه‌ای فرد، ف. (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای بخشودگی بین‌فردی در رابطه بین تمایزیافتگی و شایستگی اجتماعی دانشجویان. *رویش روان شناسی*، ۱۱(۳)، ۶۸-۵۹. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1401.11.3.6.7

قهرمانلو، ح.، ا.، خرمی، م.، سیدی شخم‌زار، س.، ز.، و اشرفی فرد، س. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای مادران دارای کودکان معلولیت ذهنی حرکتی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱۳ (۳)، ۷۸-۶۹. https://doi.org/10.22075/jcp.2021.21849.2014

کاندی، ل. (۲۰۱۹). *موانع دلبستگی و صمیمیت: درک و درمان دلبستگی اجتنابی، نفرت از خود و شرم*، ترجمه مهسا میشن‌چی، سعید قنبری (۱۴۰۱)، تهران، پندار تابان. https://ketab.ir/book/056f69a0-b12e-490b-baa3-5d0b1f8f1af1

محمدی‌پور، م.، و شجاعی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تمایزیافتگی و تعارضات زناشویی در زنان مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت تهران. *سلامت اجتماعی*، ۵(۲)، ۱۸۸-۱۸۱. https://doi.org/10.22037/ch.v5i2.18495

موسوی، س.، ا، پورحسین، ر.، زارع مقدم، ع.، رضائی، ر.، حسنی اسطلخی، ف.، و میربلوک بزرگی، ع. (۱۳۹۹). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT). *رویش روان‌شناسی*، ۹(۴)، ۱۴۴-۱۳۳. http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1399.9.4.1.0

میرمبینی، س.، ب.، حسینی، س.، ف.، و ملاح، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب و سبک‌های دلبستگی بیماران روان‌تنی. نخستین کنگره *پژوهش‌های نوین در روان‌شناسی شناختی*. https://www.tpbin.com/article/65849

نوربالا، ا.، ع.، نعمانی، ف.، یحیوی دیزج، ج.، انوری، س.، و محمود پورآذری، م. (۱۳۹۹). بار بیماری اختلالات روانی: مطالعه کشورهای منطقه خاورمیانه طی دوره ۲۰۱۷ – ۲۰۰۰. *مجله علمی سازمان نظام‌پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۳۸ (۱)،۲۶-۱۹. http://jmciri.ir/article-1-2979-fa.html

ولف، ژ.، ک.، سرپا، گ. (۲۰۱۵). *راهنمای بالینگران در آموزش ذهن‌آگاهی: برنامه جامع جلسه به جلسه برای متخصصان سلامت روان و کارکنان بخش سلامت*، ترجمه، کتایون حلمی، (۱۳۹۸)، تهران، انتشارات ارجمند. https://www.arjmandpub.com/Book/1652

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.13.3]

ویلیامز، م.، تیزدل، ج.، سگال، ت. و کابات‌زین، ج. (۲۰۰۷)، *رهایی از افسردگی به روش ذهن‌آگاهی*، ترجمه، اکرم کرمی (۱۳۹۹)، تهران، انتشارات صابرین. https://www.iranketab.ir/book/31023-the-mindful-way-through-depression

یزدی، ق.، و بهنود، ز. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش تمایزیافتگی خود و امید به زندگی در زنان متقاضی طلاق، *اولین کنگره ملی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، اسفراین*. https://civilica.com/doc/901372/

یوسفی‌تازه‌کند، م. (۱۴۰۰). *اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رگه/ حالت اضطراب و علائم روان‌تنی بیماران مبتلا به وسواس اجباری در شرایط پاندمی کرونا*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مرکز پیام‌نور تهران‌جنوب، دانشگاه پیام‌نور تهران. https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/c7dea76ee8d83c0f495dbe7c416fdf1d

Ando, T. (2020). *Psychosomatic disorder*. In: Gellman, M.D. (eds) Encyclopedia of Behavioral Medicine. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_424

Badaye, A., Vaziri, S., & Lotfi Kashani, F. (2021). Developing a psychosomatic symptoms model based on emotional regulation, defense mechanisms, and attachment styles mediated by distress level in psychosomatic patients. *Hormozgan medical journal*, *25*(3), 98-103. https://doi.org/10.34172/hmj.2021.11

Besharat, M. A. (2011). Development and validation of adult attachment inventory. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *30*, 475–479. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.093

Blomgren, J., & Perhoniemi, R. (2022). Increase in sickness absence due to mental disorders in Finland: trends by gender, age and diagnostic group in 2005-2019. *Scandinavian journal of public health*, *50*(3), 318–322. https://doi.org/10.1177/1403494821993705

Cascino, G., Ruzzi, V., D'Agostino, G., Barone, E., Giorno, C., D., Monteleone, P., Monteleone, & Monteleone, A., M.(2022), Adult attachment style and salivary alpha-amylase and emotional responses to a psychosocial stressor in women with eating disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, *153*, 2022, 110713. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110713

Catrone, C. (2021). An integrated treatment of psychosomatic symptoms and disorders of the self: The role of alexithymia. *Psychoanalytic Social Work*, *28*(1), 25–42. https://doi.org/10.1080/15228878.2020.1809475

Crego, A., Yela, J. R., Gómez-Martínez, M. Á., Riesco-Matías, P., & Petisco-Rodríguez, C. (2021). Relationships between mindfulness, purpose in life, happiness, anxiety, and depression: Testing a mediation model in a sample of women. International *Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(3), 925. https://doi.org/10.3390/ijerph18030925

Duch-Ceballosa, C., Peceb, J., O., & Skowron, E. (2021). Differentiation of self and its relationship with emotional self-regulation and anxiety in a Spanish sample. *The American Journal of Family Therapy*. *49*(5). 517-533. https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1841039

Estévez, A., Macía, L., Momeñe, J., & Etxaburu, N. (2022). *Attachment and behavioral addictions*. In: Patel, V.B., Preedy, V.R. (eds) Handbook of substance misuse and addictions. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67928-6_7-1

Fabião, C., Silva, M. C., Barbosa, A., Fleming, M., & Rief, W. (2010). Assessing medically unexplained symptoms: Evaluation of a shortened version of the SOMS for use in primary care. *BMC Psychiatry*, *10*, Article 34. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-34

Ganesan, A., Gauthaman, J., & Kumar, G. (2022). The impact of mindfulness meditation on the psychosomatic spectrum of oral diseases: Mapping the evidence. *J Lifestyle Med*. *12*(1), 1–8. https://doi.org/10.15280/jlm.2022.12.1.1

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet. Psychiatry*, *9*(2), 137–150. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3

Ghavibazou, E., Abdollahi, A., & Hosseinian, S. (2022). Validity of the Persian translation of the differentiation of self inventory (DSI) among Iranian adults. *Heliyon*, *8*(7), e09834. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09834

Giannotta, F., Nilsson, K. W., Åslund, C., & Larm, P. (2022). Among the swedish generation of adolescents who experience an increased trend of psychosomatic symptoms. Do they develop depression and/or anxiety disorders as they grow older?. *BMC psychiatry*, *22*(1), 779. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04432-x

Gondivkar, S. M., Gadbail, A. R., Sarode, S. C., Hedaoo, A., Dasgupta, S., Sharma, B., Sharma, A., Yuwanati, M., Gondivkar, R. S., Gaikwad, R. N., Sarode, G. S., & Patil, S. (2021). Oral psychosomatic disorders in family caregivers of oral squamous cell carcinoma patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, *22*(2), 477–483. https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.2.477

Guidetti, V., Cerutti, R., Faedda, N., & Natalucci, G. (2019). Migraine in childhood: an organic, biobehavioral, or psychosomatic disorder?.*Neurol Sci* 40 (Suppl 1), 93–98. https://doi.org/10.1007/s10072-019-03827-1

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(3), 511–524. https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511

Justo-Núñez, M., Morris, L., & Berry, K. (2022). Self-report measures of secure attachment in adulthood: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, *29*(6), 1812–1842. https://doi.org/10.1002/cpp.2756

Lampis, J., Cataudella, S., Agus, M., Busonera, A., & Skowron, E. A. (2019). Differentiation of self and dyadic adjustment in couple relationships: A dyadic analysis using the actor-partner interdependence model. *Family process*, *58*(3), 698–715. https://doi.org/10.1111/famp.12370

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.13.3]

Lampis, J., Cataudella, S., Speziale, R., & Elat, S. (2019).The role of differentiation of self dimensions in the anxiety problems.*The Family Journal*,*28*(1),106648071989494. https://doi.org/10.1177/10664807198949

Levy, M. B., & Davis, K. E. (1988). Lovestyles and attachment styles compared: Their relations to each other and to various relationship characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships*, *5*(4), 439–471. https://doi.org/10.1177/0265407588054004

Maalouf, E., Salameh, P., Haddad, C., Sacre, H., Hallit, S., & Obeid, S. (2022). Attachment styles and their association with aggression, hostility, and anger in Lebanese adolescents: a national study. *BMC psychology*, *10*(1), 104. https://doi.org/10.1186/s40359-022-00813-9

Marino, F., Failla, C., Carrozza, C., Ciminata, M., Chilà, P., Minutoli, R., Genovese, S., Puglisi, A., Arnao, A. A., Tartarisco, G., Corpina, F., Gangemi, S., Ruta, L., Cerasa, A., Vagni, D., & Pioggia, G. (2021). Mindfulness-based interventions for physical and psychological wellbeing in cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Brain sciences*, *11*(6), 727. https://doi.org/10.3390/brainsci11060727

Momeni, K., Amani, R., Janjani, P., Majzoobi, M. R., Forstmeier, S., & Nosrati, P. (2022). Attachment styles and happiness in the elderly: the mediating role of reminiscence styles. *BMC geriatrics*, 22(1), 349. https://doi.org/10.1186/s12877-022-03053-z

Pietromonaco, P., R., & Beck, L., A. (2019). Adult attachment and physical health. *Current Opinion in Psychology*, 25, 115–120. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.04.004

Rief, W., & Hiller, W. (2003). A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics*, *44*(6), 492–498. https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.6.492

Scigala, D. K., Fabris, M. A., Badenes-Ribera, L., Zdankiewicz-Scigala, E., Hintertan, I., & Longobardi, C. (2022). Alexithymia and adult attachment: Investigating the mediating role of Fear of intimacy and negative mood regulation expectancies. *Psychological reports*, *125*(4), 1896–1914. https://doi.org/10.1177/00332941211010252

Shaida, B., & Arzoo, S. (2023). *Role of bioactive components in psychosomatic disorders*. In: Thakur, M., Belwal, T. (eds) Bioactive Components . Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-19-2366-1_13

Skowron, E. A., & Friedlander, M. L. (1998). The differentiation of self inventory: Development and initial validation. *Journal of Counseling Psychology*, *45*(3), 235–246. https://doi.org/10.1037/0022-0167.45.3.235

Torrubia-Pérez, E., Reverté-Villarroya, S., Fernández-Sáez, J., & Martorell-Poveda, M. A. (2022). Analysis of psychosomatic disorders according to age and sex in a rural area: A population-based study. *Journal of personalized medicine*, *12*(10), 1730. https://doi.org/10.3390/jpm12101730

Waldman, S., Wanigasekera, V., Henrich, J., Martin, M., Gjelsvik, B., & Tracey, I. (2022). SP8.2.4 Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) reduces symptoms in patients with chronic visceral pain, and is associated with the alteration of pain-evoked neural activity and resting functional connectivity in the descending pain modulatory system. *British Journal of Surgery*, 109(5), 247.093. https://doi.org/10.1093/bjs/znac247.093

Walker, S., A., Double, K., S., Kunst, H., Zhang, M., & MacCann, C. (2022). Emotional intelligence and attachment in adulthood: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences* , 184, 111174. https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111174

Whitfield, T., Barnhofer, T., Acabchuk, R., Cohen, A., Lee, M., Schlosser, M., Arenaza-Urquijo, E. M., Böttcher, A., Britton, W., Coll-Padros, N., Collette, F., Chételat, G., Dautricourt, S., Demnitz-King, H., Dumais, T., Klimecki, O., Meiberth, D., Moulinet, I., Müller, T., Parsons, E., … Marchant, N. L. (2022). The effect of mindfulness-based programs on cognitive function in adults: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology review*, *32*(3), 677–702. https://doi.org/10.1007/s11065-021-09519-y

Widoma, C., S., Czajaa, S., J., Kozakowski, S., S., & Chauhan, P .(2018). Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes? *Child Abuse & Neglect*, 76, 533-545. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.002

Yousefzadeh, P., & Ebrahimi, A. (2020). The effectiveness of self-differentiation training on cognitive emotion regulation and psychosomatic symptoms of nurses. *International Journal of Body, Mind and Culture*, 7(3), 140-150. https://doi.org/10.22122/ijbmc.v7i3.219

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.4.13.3]