



The Effect of Mentalization-Based Therapy on Dissociative Experiences, Alexithymia and Impulsivity in People with Non-Suicidal Self-Injury

Fatemeh Safdari¹, Raheleh Yeganeh², Fereshteh asgharinia³, Najmeh Eftekhari^{4*}

1. Master of Clinical Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

2. Master of Clinical Psychology, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.

3. Master of Clinical Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

4. Master of General Psychology, Farvardin Institute of Higher Education Qaemshahr, Mazandaran, Iran.

Corresponding Author: Najmeh Eftekhari, Master of General Psychology, Farvardin Institute of Higher Education Qaemshahr, Mazandaran, Iran.

E-mail: eftekharnajmeh@gmail.com

Received: 22 May 2024

Accepted: 13 Jan 2025

Abstract

Introduction: Non-suicidal self-injury (NSSI) is associated with a wide range of psychiatric disorders. Mentalization-based therapy (MBT) is a therapeutic approach that can target the mechanisms involved in NSSI. The purpose of this study was to investigate the effect of mentalization-based therapy on dissociative experiences, alexithymia and impulsivity in people with non-suicidal self-injury.

Methods: The current research was a semi-experimental type of research with a pre-test-post-test design. Among the people who referred to the clinics and counseling centers of Tehran in 2023, 30 people who had obtained the highest score in the non-suicidal self-injury (NSSI) questionnaire were selected by convenience sampling method and randomly divided into two experimental groups and The control group (15 people) was replaced. The experimental group received 20 sessions of mentalization-based therapy, but the control group did not receive any specific intervention. The research tools were: non-suicidal self-injury questionnaire, Dissociative Experiences Scale, Toronto Alexithymia Scale and Barratt Impulsiveness Scale. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance test.

Results: The results showed that there is a difference between the average scores of dissociative experiences, alexithymia and impulsivity in the experimental and control groups, so that the mentalization-based treatment reduces dissociative experiences, alexithymia and impulsivity in people with non-suicidal self-injury ($P < 0.05$).

Conclusions: Mentalization-based therapy is an appropriate treatment method for improving dissociative experiences, alexithymia, and impulsivity in people with non-suicidal self-injury, and it can be used as an effective intervention method in the treatment of non-suicidal self-injury.

Keywords: Mentalization-based therapy, Dissociative experiences, Alexithymia, Impulsivity, Non-suicidal self-injury.



تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به خودجراحی بدون قصد خودکشی

فاطمه صفدری^۱، راحله یگانه^۲، فرشته اصغری نیا^۳، نجمه افتخاری^{۴*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی فروردین قائمشهر، مازندران، ایران.

نویسنده مسئول: نجمه افتخاری، کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی فروردین قائمشهر، مازندران، ایران.
ایمیل: eftekharnajmeh@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۳/۲

چکیده

مقدمه: خودجراحی بدون قصد خودکشی با طیف وسیعی از اختلالات روان پزشکی ارتباط دارد. درمان مبتنی بر ذهنی سازی رویکردی درمانی است که احتمالاً می تواند مکانیسم هایی را که در خودجراحی بدون قصد خودکشی نقش دارند، مورد هدف قرار دهد. هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر روی تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به خودجراحی بدون قصد خودکشی بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون بود. از بین افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۲، ۳۰ نفر که بالاترین نمره را در پرسشنامه خودجراحی بدون قصد خودکشی کسب کرده بودند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل (۱۵ نفره) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۲۰ جلسه درمان مبتنی بر ذهنی سازی دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله خاصی دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه خودجراحی بدون قصد خودکشی، مقیاس تجارب تجزیه ای، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو و پرسشنامه تکانشگری بارت. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات خرده مقیاس های تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد، به طوری که درمان مبتنی بر ذهنی سازی موجب کاهش تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به خودجراحی بدون قصد خودکشی شده است ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: درمان مبتنی بر ذهنی سازی، شیوه درمانی مناسب برای بهبود تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به خودجراحی بدون قصد خودکشی است و می توان از آن به عنوان یک شیوه مداخله موثر در درمان خودجراحی بدون قصد خودکشی استفاده کرد.

کلیدواژه ها: درمان مبتنی بر ذهنی سازی، تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی، تکانشگری، خودجراحی بدون قصد خودکشی.

با تبدیل شدن به یک پاسخ خودکار حتی به استرس های جزئی، در پردازش اطلاعات هیجانی اختلال ایجاد می کند (۱۰). لایبن لوفت (Leibluft) و همکاران (۱۱) فرض نمودند که افراد می توانند گسستگی (تجزیه) را به عنوان یک حالت ناخوشایند تجربه کنند و زمانی که به خود آسیب می زنند در حالت تجربه تجزیه باشند. علاوه بر این مطالعات آزمایشگاهی کاهش حساسیت به درد را در افراد که تحت شرایط استرس به خود آسیب می رسانند، نشان داده اند، همچنین بین عدم حساسیت به درد و تجزیه همبستگی مثبت گزارش شده است (۱۲، ۱۳). بنابراین می توان گفت که تجزیه می تواند به عنوان یک استراتژی اجتناب تجربی در نظر گرفته شود که ممکن است آگاهی یا پردازش درد (و شاید سایر احساسات) را کاهش دهد و این امر راه را برای آسیب به خود هموار می سازد (۱۲). به علاوه پژوهش وانگر (Wagner) و همکاران نشان می دهد که افراد با ظرفیت ذهنی سازی پایین ممکن است تجزیه و بار هیجانی بیشتر مرتبط با علائم روان شناختی (افسردگی، خودزنی و جسمانی سازی) را گزارش کنند و ذهنی سازی احتمالاً می توان واسطه بین این مشکلات و تجزیه باشد؛ بنابراین ذهنی سازی احتمالاً می تواند برای ساخت مدل های جدید و هم برای توسعه استراتژی های درمانی جدید حیاتی باشد (۱۴).

علاوه بر مولفه تجارب تجزیه ای، تحقیقات قابل توجه دیگری در تلاش برای شناسایی عوامل خطر برای NSSI با هدف پیشگیری موثر و مداخله زود هنگام انجام شده است. یکی دیگر از این عوامل خطر که به طور مداوم در پژوهش ها ذکر می شود، ناگویی هیجانی (alexithymia) است (۱۵). افراد با ناگویی هیجانی بالا قادر به بیان احساساتشان نیستند. به عبارت دیگر از جمله ویژگی های ناگویی هیجانی، فقر شدید تفکر نمادین که آشکار سازی و بروز هیجانات، بازخودها، احساسات، تمایلات و سابق ها را محدود می کنند و همچنین ناتوانی در شناسایی هیجانات توصیف آن هاست (۱۶). رفتار خودزنی به عنوان راهی برای فرار از هیجانات دردناک و ناتوانی در بیان این هیجانات است. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی به خاطر ناتوانی در نامگذاری و شناسایی هیجاناتشان و یا دسترسی نداشتن به روش های سودمند برای ابراز آشفستگی روانی، از خودزنی استفاده می کنند (۱۷). یافته های برخی از مطالعات حاکی از آن است که ناگویی هیجانی نه تنها شامل مشکل در بیان

خودجرحی بدون قصد خودکشی (Non-suicidal self-injury) تخریب عمدی بافت های بدن، بدون هدف و یا نیت خودکشی است و شامل رفتارهایی مانند بریدن، سوزاندن، گاز گرفتن و خراشیدن پوست می شود (۱). طی دو دهه گذشته، خودجرحی بدون قصد خودکشی (NSSI) روندی افزایشی داشته است و محدوده شیوع تمام عمری آن ۵/۵٪ در میان بزرگسالان و ۱۷/۲٪ در میان نوجوانان تخمین زده می شود. هنگام در نظر گرفتن نمونه های بالینی، شیوع مادام العمر می تواند به ۳۰ تا ۸۲ درصد برسد (۲). NSSI اگرچه به طور معمول در نوجوانی ظاهر می شود، NSSI در بین سنین ۱۸ تا ۲۴ سال (۲۰٪ سابقه مادام العمر) شایع ترین است (۳). نتایج مطالعات مختلف در ایران حاکی از شیوع خودجرحی بدون قصد خودکشی بین ۴۰/۵-۳۱/۴ خودجرحی بود (۴). خودجرحی در گذشته به عنوان بخشی از علائم شخصیت مرزی تلقی می شد اما امروزه به عنوان خصیصه مشترک چندین اختلال روانی از جمله اختلالات عاطفی، سوء مصرف مواد، اختلالات برون سازی، اختلالات اضطرابی، اختلالات استرس پس از سانحه و اختلال شخصیت اجتنابی در نظر گرفته می شود (۵). شیوع بالا، همبودی با سایر اختلالات روانی و پیامدهای جدی NSSI، منجر به گنجانیدن آن در بخش ۳ آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی جهت مطالعه بیشتر شده است (۶). با توجه به ماهیت فراتشخیصی NSSI، شناخت مکانیسم ها و درمان های موثر در NSSI ضروری است.

یکی از مهمترین کارکردهای NSSI، کاهش احساسات نامطلوب است. به عبارت دیگر NSSI مشکل در تنظیم هیجان است و به نوعی راهکار مقابله ای ناسازگارانه جهت رهایی موقت از تجربیات نامطلوب درونی است (۷). براساس تحقیقات انجام شده یکی از شیوه هایی که سبب حفظ و تداوم NSSI می شود، تجارب تجزیه ای (Dissociative experiences) است (۸). تجارب تجزیه ای از بین رفتن طبیعی ارتباط چندگانه فرایندهای ذهنی مثل افکار، احساسات و تجارب در هشیاری و حافظه در نظر گرفته می شوند. درواقع هنگامی که درد هیجانی شدید و تحمل ناپذیر می شود، تجزیه به معنای یک گریز رخ می دهد (۹). پژوهش شور (Schore) نشان می دهد که تجزیه اگر چه به عنوان یک راهکار تنظیم هیجان عمل می کند،

کلامی احساسات می‌شود، بلکه نوعی اختلال خودآگاهی از نظر حالات عاطفی خود را نیز شامل می‌شود، بنابراین جنبه‌ای از مشکل ذهنی‌سازی در نظر گرفته می‌شود (۱۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ظرفیت ذهنی‌سازی توانایی شناسایی و توصیف احساسات و هدایت تفکر خود به سمت حالات درونی را افزایش می‌دهد و لذا ممکن است به عنوان یک مولفه درمانی در کاهش آسیب‌رسانی به خود موثر باشد (۱۹).

تکانشگری (Impulsivity) از دیگر عوامل خطر مهم برای NSSI محسوب می‌شود. تکانشگری به عنوان یک فنوتیپ در زمینه رفتارهای خودکشی و خودآزاری ظاهر شده است (۲۰). تکانشگری می‌تواند به شکل انبوهی از رفتارها یا ویژگی‌های شخصیتی، از جمله مهارت‌های ضعیف برنامه‌ریزی و پشتکار، استعداد برای اعمال تکانشی، به ویژه در حضور احساسات منفی، ظاهر شود (۲۱). مدل‌های عصبی-شناختی تکانشگری چندین سازه جداگانه، اما مرتبط با خودجرحی، از جمله نقایص تصمیم‌گیری تکانشی، نادیده انگاری تأخیری (Delay Discounting) و کنترل بازدارنده (پاسخ و بازداری شناختی) را مشخص کرده‌اند (۲۲). تکانشگری به طور مستقل، شروع خودجرحی را بیش از سایر عوامل خطر پیش‌بینی می‌کند، بنابراین افزایش تکانشگری یک عامل خطر احتمالی برای خودجرحی است (۲۳). اشکال تکانشگری، جسمانی‌سازی و میل به رفتارهای خودزنی از دیدگاه بوچارد و لکورز (Bouchard and Lecours) به عنوان ابراز تکانه‌های انباشته شده بدون معنای روان شناختی (ذهنی‌سازی نشده) تفسیر می‌شوند (۲۴). در واقع هر گونه حالات برانگیخته هیجانی، بدون اینکه در فرایندهای ذهنی، معنای روان شناختی و ذهنیتی پیدا کند، سریعاً تبدیل به یک عمل و تکانه (مانند خودجرحی) می‌شود. به طور کلی، با توجه به اینکه ذهنی‌سازی به قابلیت برای فهم و درک موقعیت‌ها و خواسته‌های آشکار و ناآشکار گفته می‌شود که با خودکنترلی، خوشتن‌داری و چگونگی روابط ناشی از آن مرتبط می‌شود (۲۵)؛ لذا می‌توان گفت که احتمالاً مولفه‌ای مهم در کاهش تکانشگری و درمان خودجرحی باشد (۲۶، ۲۷).

با توجه به مطالب ارائه شده می‌توان گفت که تجارب تجزیه‌ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در ایجاد و تداوم NSSI نقش موثری ایفا می‌کنند. از این رو شناسایی و معرفی شیوه‌های درمانی موثر جهت کنترل این مشکلات

مورد توجه پژوهشگران و روان‌درمانگران می‌باشد. از جمله درمان‌هایی که احتمالاً می‌تواند در کاهش تجارب تجزیه‌ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری افراد مبتلا به NSSI تاثیرگذار باشد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (Mentalization based therapy) است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نوعی دیگر از روان‌درمانی‌های پویایی‌می‌باشد که توسط بتمن و فوناگی (Bateman & Fonagy) (۲۸) ابداع شده است. این الگوی درمانی، مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریه دلبستگی بالبی و ذهنی‌سازی. ظرفیت ذهنی‌سازی یک رویکرد بازتابی تلقی می‌شود و نوعی توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین‌فردی در دوران کودکی بخصوص روابط دلبستگی به دست می‌آید و زیربنای رفتارهای آشکار است. بیتمن و فوناگی معتقدند که MBT باعث می‌شود که فرد خود را از بیرون و دیگران را از درون ببیند. این شیوه اندیشمندانه و انعکاسی که برای اولین بار در بافت تعاملات کودک و مراقب اصلی شکل می‌گیرد، موجب پیش‌بینی رفتار می‌شود و به مدیریت و درک آن کمک می‌کند و تجربه‌های عدم اعتماد، فقدان کنترل و سردرگمی را در مواجهه با هیجانات شدید کاهش می‌دهد (۲۹). این رویکرد ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ارائه شد و بعدها برای سایر اختلالات از جمله اختلال شخصیت ضد اجتماعی، سوء مصرف مواد، اختلال خوردن و رفتارهای خودزنی مورد استفاده قرار گرفت (۳۰). بکارگیری این روش می‌تواند به افراد کمک کند تا ظرفیت‌های بیشتری برای اندیشیدن، آگاهی از هیجانات و افکار و به طور کلی تنظیم هیجان داشته باشند (۳۱). همچنین پژوهش‌ها اشکال تکانشگری (۲۴)، ناگویی هیجانی (۱۸) و تجارب تجزیه‌ای (۱۴) را با ظرفیت ذهنی‌سازی پایین مرتبط دانسته‌اند. مطالعات نیز نقش MBT را در درمان خودجرحی موثر دانسته‌اند (۲۷، ۳۲). درواقع ذهنی‌سازی ظرفیت درک اعمال از نظر افکار و احساسات است. فرض شده است که افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی برای تنظیم هیجان، تقویت عاملیت و خودکنترلی در افرادی که دارای اختلالات عاطفی و مشکلات کنترل تکانه هستند، موثر است (۳۳)؛ بنابراین انتظار می‌رود که MBT مکانیسم‌هایی (مانند تجارب تجزیه‌ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری) را که در NSSI نقش دارند، مورد هدف قرار دهد. در مجموع شیوع بالای خودزنی و همبودی فراوان آن با سایر اختلالات روان‌شناختی دلایل مستدلی هستند که بایستی درمان‌های

(Klonsky & Glenn) (۳۴) تدوین شده و فراوانی و عملکرد رفتارهای آسیب رسان به قصد غیرخودکشی (NSSI) را ارزیابی می کند. این سیاهه دو بخش دارد: بخش اول پرسشنامه فراوانی ۱۲ نوع متفاوت رفتارهای خودآسیب رسانی را که به صورت عمدی (آگاهانه) اما نه با قصد خودکشی انجام می شوند شامل: کوبیدن/ زدن، گاز گرفتن، سوزاندن، خالکوبی، بردیدن، دستکاری زخم، نیشگون گرفتن خود، موکنی، مالیدن پوست به سطوح خشن، خارش شدید، فرو کردن سوزن در بدن و خوردن مواد شیمیایی خطرناک را غربالگری می کند. همچنین پرسشنامه برخی ویژگی های توصیفی رفتارهای آسیب رسان غیرخودکشی گرا مانند تاریخ اولین اقدام و تاریخ جدیدترین اقدام به خودآسیب رسانی ارزیابی می کند. پایایی به روش بازآزمایی این بخش در دوره زمانی ۱ تا ۴ هفته ای $r=0.85$ به دست آمده است همچنین همسانی درونی بین سوال های آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ 0.84 به دست آمد (۳۴). بخش دوم پرسشنامه عملکرد رفتارهای خودآسیب رسان غیرخودکشی گرا را ارزیابی می کند. این بخش ۱۳ عملکرد رفتارهای خودآسیب رسان را که هم در مطالعات تجربی و از لحاظ نظری مورد تایید قرار گرفته اند را ارزیابی می کند (۳۵). این ۱۳ عملکرد زیر دو عامل کلی طبقه بندی شده اند: کارکردهای درون فردی (تنظیم عاطفی، ضد گسستگی، ضد خودکشی، نشان پریشانی و خودتنبیهی) و کارکردهای بین فردی (استقلال، حریم های بین فردی، تاثیر بین فردی، وابستگی به همسالان، انتقام، مراقبت از خود، هیجان خواهی و سرسختی). گزینه ها به صورت لیکرت سه گزینه ای تدوین شده است که از ۰ (کاملاً غیرتبیط) ۱ (تا حدی مرتبط) و ۲ (کاملاً مرتبط) درجه بندی شده است. بنابراین هر یک از خرده مقیاس ها از ۰ تا ۶ نمره گذاری می شوند. همچنین میانگین نمره مقیاس های کلی از جمع نمرات خرده مقیاس ها بر تعداد آنها به دست می آید. نمرات بالا نشان دهنده وجود مشکل در آن حوزه و نمرات پایین نشان دهنده عدم وجود مشکل در آن حوزه می باشد. بخش کارکردی سیاهه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است (۳۴). این بخش سیاهه در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی (آلفای کرونباخ درون فردی 0.89 و کارکرد بین فردی 0.75) نشان می دهد. در ایران روایی صوری و محتوایی این سیاهه با نظر اساتید دانشگاه مورد تایید قرار گرفته است و همچنین برای بررسی همسانی درونی سیاهه

موثر برای بهبود این اختلال رشد یابند و به طور گسترده در دسترس باشند. بنابراین با توجه به نقش ذهنی سازی در مکانیسم های شروع و حفظ کننده NSSI (۱۴، ۱۸، ۲۴) و به علاوه مختل بودن ظرفیت ذهنی سازی در افراد مبتلا به NSSI (۲۴)، از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر تجارب تجزیه ای، ناگوایی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به خودجراحی بدون قصد خودکشی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون بود. جامعه آماری این مطالعه دربردارنده همه افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند. به منظور برآورد حجم نمونه، بنابر نظر پژوهشگران و هدف تحقیق، از بین جامعه آماری، ۳۰ نفر که بالاترین نمره را در پرسشنامه خودجراحی بدون قصد خودکشی (NSSI) کسب کرده بودند (به علاوه اخذ شرح حال و مصاحبه از مراجعه کنندگان)، به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و با رعایت معیارهای ورود گزینش و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل کاربندی شدند. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر ذهنی سازی، به صورت گروهی در طی ۲۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای (توسط یکی از افراد آموزش دیده در مطالعه حاضر و به علاوه تحت نظارت یکی از متخصصان این حوزه) قرار گرفت. ملاک های ورود عبارت است از: افراد دارای رفتارهای خودآسیب رسان براساس پرسشنامه خودجراحی بدون قصد خودکشی، دامنه سنی ۱۴ سال به بالا، رضایت آگاهانه ورود به پژوهش، مصرف نکردن داروهای اعصاب و روان در هنگام جلسات درمان، عدم ابتلا به بیماری های جسمی و اختلالات روان پزشکی مانند افسردگی اساسی همراه با خودکشی، سایکوتیک و نظیر آن و در نهایت قرار نگرفتن تحت سایر درمان های روان شناختی به هنگام اجرای پژوهش. ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل: عدم تمایل به ادامه درمان و غیبت بیش از دو جلسه، ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل موارد زیر است.

۱- پرسشنامه خودجراحی بدون قصد خودکشی (NSSI): پرسشنامه خودجراحی بدون قصد خودکشی، یک ابزار خودگزارش دهی است که توسط کلونسکی و گلن

از آلفای کرونباخ استفاده شده است که آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شده است (۳۶).

۲-مقیاس تجارب تجزیه ای (Dissociative Experiences Scale): مقیاس تجارب تجزیه ای یک ابزار خودسنجی کوتاه، برای اندازه گیری فراوانی تجارب گسستگی می باشد که در سال ۱۹۸۶ توسط برنشتاین و باتنم (Bernstein & Putnam) ساخته شد (۳۷). این مقیاس شامل ۲۸ سوال است. نشانه های تجزیه ای را در یک طیف لیکرت ۱۰ درجه ای از هرگز = ۰ تا همیشه = ۹ مورد ارزیابی قرار می دهد. همچنین این مقیاس سه خرده مقیاس شامل «گسست از خویشتن با سوالات ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۷ و ۲۸»، «فراموشی تجزیه ای با سوالات ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۲۵ و ۲۶» و تخیل و جذب با سوالات ۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۲ و ۲۳ را اندازه گیری می کند. سوالات ۱، ۴، ۵، ۹، ۱۹، ۲۱، ۲۴ در هیچ کدام از خرده مقیاس ها قرار نمی گیرد (۳۸). برنشتاین و باتنم حساسیت این مقیاس را ۰/۷۶ و ویژگی آن را نیز ۰/۷۶ بیان نمود (۳۷). در پژوهش اولسون و بک (Olsen & Beck) همسانی درونی این مقیاس ۰/۷۰ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۴ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است (۳۹). در این مقیاس از نمره برش ۳۰ استفاده می شود (۳۷). در پژوهش سجادی و دهقانی زاده (۴۰) بر روی نسخه فارسی مقیاس تجارب تجزیه ای، آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۳ محاسبه شد. ضریب همبستگی درونی تجارب تجزیه ای با افکار خودکشی و صفات حالت عاطفی منفی؛ جدایی؛ بازداری زدایی و روان پریشی خویی به ترتیب ۰/۵۲۴، ۰/۲۳۶، ۰/۲۵۱، ۰/۳۳۱ و ۰/۱۷۹ به دست آمد که گویای روایی همگرایی این ابزار با سازه های مشابه بود.

۳-مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale): پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگی (Bagby) و همکاران (۴۱) برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این ابزار دارای سه مولفه دشواری در شناسایی احساسات (هفت سوال)، دشواری در توصیف احساسات (پنج سوال) و تفکر عینی (هشت سوال) بود. نمره گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) بود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان دهنده ناگویی پایین فرد بود، نمره ۴۰ تا ۶۰ بیانگر ناگویی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان دهنده ناگویی

بالا در فرد بود (۴۱). ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه در پژوهش هایی بررسی و تایید شده است. در مطالعه بشارت (۴۲) روایی همزمان پرسشنامه بر حسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه خرده زیر مقیاس ۰/۴۲ تا ۰/۸۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه بود (۴۳). پایایی بازآزمایی پرسشنامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تایید شد (۴۱).

۴-پرسشنامه تکانشگری بارت (Barratt Impulsiveness Scale): این پرسشنامه توسط بارت (Barratt) و همکاران ساخته شده است و همبستگی خوبی با پرسشنامه آیزنگ دارد (۴۴). مقیاس تکانشگری بارت شامل ۳۰ گویه مدرج چهار نمره ای لیکرت بود که از هرگز = ۱ تا همیشه ۴ نمره گذاری می گردد. در این مقیاس حداقل امتیاز ۳۰ و حداکثر ۱۲۰ خواهد بود. نمرات بالاتر به منزله تکانشگری بیشتر است. محتوای این پرسشنامه در قالب سه عامل تکانشگری نسخه اصلی این ابزار، سه عامل عدم برنامه ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی خلاصه می شود. تکانشگری شناختی معرف تحمل پیچیدگی ها و مقاومت ها در شرایط تصمیم سازی بلافاصله است. تکانشگری حرکتی نشان دهنده عمل بدون فکر و تامل می باشد و تکانشگری مبتنی بر عدم برنامه ریزی، مبین بی توجهی به آینده نگری در رفتار و اعمال است. همچنین تمامی گویه ها دارای نمره گذاری مثبت می باشند. میزان روایی و پایایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ گزارش نموده اند (۴۵). در ایران نیز اختیاری و همکاران (۴۶) به هنجاریابی نسخه فارسی این پرسشنامه پرداخته اند و روایی و پایایی پرسشنامه مذکور را به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۳ گزارش نموده اند که نشان از روایی و پایایی مطلوب این پرسشنامه است. شیوه اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی ها و جایگزین کردن آن ها به دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا توضیح مختصری در مورد هدف مزایای پژوهش و کسب رضایت کتبی از شرکت کنندگانی که مایل به همکاری بودند، صورت گرفت، همچنین قبل از اجرای پرسشنامه ها از عدم خستگی جسمی و روحی آزمودنی ها و از درک درست آزمودنی ها اطمینان حاصل شد، سپس پرسشنامه های پژوهش (پیش آزمون) با نظارت پژوهشگران و افراد آموزش

فاطمه صفدری و همکاران

از ورود به پژوهش، در اولویت قرار دادن سلامت روان شناختی شرکت کنندگان و اینکه اگر تمایل به شرکت در مداخله و فرایند پاسخگویی به پرسشنامه‌ها نداشتند، به خواست آنها احترام گذاشته می‌شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. جدول ۱ محتوای جلسات درمانی صورت گرفته مطابق پروتکل درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی بتمن وفوناگی را نشان می‌دهد.

دیده اجرا گردیدند. سپس پروتکل درمانی مبتنی بر ذهنی سازی بتمن و فوناگی به شیوه گروهی (۴۷) بر روی گروه آزمایش به مدت سه ماه، به تعداد ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله به صورت حضوری صورت گرفت. ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس آزمون به عمل آمد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی زیر رعایت گردید: رضایت آگاهانه ورود به پژوهش، اصل رازداری در طول پژوهش، رضایت آگاهانه

جدول ۱: جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مبنای پروتکل بتمن وفوناگی (۴۷)

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

یافته ها

درصد) راهنمایی، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) فوق دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) لیسانس، ۱ نفر (۶/۷ درصد) فوق لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) دکترا بودند که میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $1/87 =$ Chi-Square می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P=0/867$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر تحصیلات می باشد. در جدول ۲ یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آمده است.

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۳۷/۶۰ و ۲/۶۷ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۳۶/۴۷ و ۲/۹۲ بود که بر اساس میزان آماره t-test بدست آمده حاصل از مقایسه ۲ گروه در متغیر سن برابر با $t=1/11$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P=0/277$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر سن می باشد. در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) راهنمایی، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق دیپلم، ۳ نفر (۲۰ درصد) لیسانس، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) فوق لیسانس و ۱ نفر (۶/۶۷ درصد) دکترا بودند. در گروه کنترل ۱ نفر (۶/۷

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به خودجراحی بدون قصد خودکشی

متغیرهای وابسته	گروه آزمایش				گروه کنترل
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پس آزمون
گسست از خویشتن	میانگین	۳۵/۰۷	۱۷/۸۷	۳۵/۰۰	۲۰/۵۳
	انحراف معیار	۰/۷۰	۱/۳۶	۰/۷۶	۰/۹۱
فراموشی تجزیه ای	میانگین	۳۶/۸۰	۱۱/۵۳	۳۷/۴۷	۱۴/۲۰
	انحراف معیار	۱/۳۷	۰/۹۱	۱/۰۶	۱/۱۵
تخیل و جذب	میانگین	۴۲/۶۰	۲۰/۴۰	۴۲/۷۳	۲۲/۶۷
	انحراف معیار	۱/۳۰	۰/۸۳	۱/۱۰	۱/۳۴
نمره کل تجزیه ای	میانگین	۱۱۴/۴۷	۴۹/۸۰	۱۱۵/۲۰	۵۷/۴۰
	انحراف معیار	۲/۴۷	۲/۲۷	۱/۰۸	۲/۸۵
دشواری در شناسایی احساسات	میانگین	۳۱/۳۳	۲۰/۴۷	۳۴/۵۳	۱۹/۶۷
	انحراف معیار	۱/۲۳	۰/۶۴	۱/۰۶	۱/۳۴
دشواری در توصیف احساسات	میانگین	۳۰/۹۳	۳۱/۱۳	۳۷/۲۷	۳۰/۸۷
	انحراف معیار	۰/۸۸	۰/۹۱	۱/۳۹	۰/۹۱
تفکر عینی	میانگین	۳۸/۱۳	۱۰/۵۳	۴۲/۴۷	۱۰/۴۷
	انحراف معیار	۱/۹۲	۰/۹۹	۱/۲۵	۰/۹۱
نمره کل ناگویی هیجانی	میانگین	۱۰۰/۴۰	۶۲/۱۳	۱۱۴/۲۷	۶۱/۰۰
	انحراف معیار	۳/۱۱	۱/۶۰	۲/۳۴	۱/۷۳
بی برنامهگی	میانگین	۲۰/۵۳	۱۷/۲۷	۲۰/۷۳	۱۹/۴۰
	انحراف معیار	۰/۶۴	۱/۳۹	۰/۸۰	۱/۴۵
تکانشگری حرکتی	میانگین	۱۴/۴۰	۲۷/۸۷	۱۴/۴۷	۳۰/۶۰
	انحراف معیار	۰/۷۴	۱/۰۶	۰/۷۲	۱/۳۵
تکانشگری شناختی	میانگین	۲۲/۹۳	۸/۰۰	۲۲/۸۷	۱۰/۲۰
	انحراف معیار	۱/۱۶	۰/۶۵	۱/۰۶	۱/۰۱
نمره کل تکانشگری	میانگین	۵۷/۸۷	۵۳/۱۳	۵۸/۲۷	۶۰/۲۰
	انحراف معیار	۱/۶۴	۱/۹۲	۱/۹۱	۲/۷۳

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به خودجراحی بدون قصد خودکشی در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون shapiro-wilk استفاده شد که براساس نتایج داده ها برای گسست از خویشتن ($Z=0.952, P=0.101$)، فراموشی تجزیه ای ($Z=0.915, P=0.185$)، تخلیل و جذب ($Z=0.980, P=0.175$)، دشواری در شناسایی احساسات ($Z=0.770, P=0.209$)، دشواری در توصیف احساسات ($Z=0.690, P=0.160$)، تفکر عینی ($Z=0.832, P=0.135$)، بی برنامهگی ($Z=0.982$)

تکانشگری حرکتی ($Z=0.818, P=0.141$)، تکانشگری شناختی ($Z=0.716, P=0.151$) نرمال بودند. پیش فرض همگنی واریانس ها با آزمون Levene بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون ($P>0.05$) مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی ماتریس کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس های واریانس و کوواریانس می باشد ($P=0.632, F=47/431$). از آنجایی که پیش فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می باشد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۳: نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به خودجراحی بدون قصد خودکشی

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلاپی	۰/۶۷	۴۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۳	۴۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
اثر هتلینگ	۳۴/۸۴	۴۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
بزرگترین ریشه روی	۳۴/۸۴	۴۲/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰

نتایج جدول ۳- بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($F=42/59$ و $P=0/001$) معنادار است. نتایج مویید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به خودجراحی بدون قصد خودکشی با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تاثیر نشان

می دهد که ۶۷ درصد تفاوت دو گروه مربوط به درمان مبتنی بر ذهنی سازی است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (درمان مبتنی بر ذهنی سازی) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به خودجراحی بدون قصد خودکشی

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
گسست از خویشتن	۷۰/۶۱	۱	۴۷/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰
فراموشی تجزیه ای	۲۱۱/۶۶	۱	۱۷۵/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
تخلیل و جذب	۱۲۲/۵۱	۱	۵۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
دشواری در شناسایی احساسات	۳۲/۰۵	۱	۲۷/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
دشواری در توصیف احساسات	۳۳/۰۳	۱	۳۲/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
تفکر عینی	۲۴/۱۸	۱	۳۸/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
بی برنامهگی	۳۲/۲۰	۱	۲۳/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۰۰
تکانشگری حرکتی	۴۱/۱۲	۱	۳۷/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱/۰۰
تکانشگری شناختی	۲۴/۴۸	۱	۳۸/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰

چنانچه در جدول ۴- مشاهده می شود استفاده از درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به خودجرحی بدون قصد خودکشی در مرحله پس آزمون تاثیر دارد.

بحث

هدف از مطالعه حاضر تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به خودجرحی بدون قصد خودکشی بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی در کاهش تجارب تجزیه ای در افراد مبتلا به خودجرحی بدون قصد خودکشی در مراحل پس آزمون نسبت به پیش آزمون موثر بوده است. این نتایج با نتایج پژوهش های وانگر (Wagner) و همکاران (۱۴) و روفناخت (Rüfenacht) و همکاران (۴۸)، انسینک (Ensink) و همکاران (۴۹) هم سو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که تجزیه و ذهنی سازی دو فرآیند ذهنی با اهمیت بالقوه در زمینه تروما هستند (۲۹). درواقع تجربیات نامطلوب اولیه درونی شده منجر به مدل های کاری درونی موازی و شکل گیری تجارب تجزیه ای می شود. به عبارتی، تجربیات نامطلوب دوران کودکی ممکن است مانع رشد توانایی های ذهنی خوب شود. برای کودکی که در معرض خشونت و آزار قرار می گیرد، به سختی فرصتی برای تأمل در دنیای درونی خود وجود دارد، زیرا آنها مجبور هستند منحصراً بر دنیای آسیب زای بیرونی تمرکز کنند (۱۴). بنابراین نقص در ذهنی سازی می تواند خطر متوسل شدن به تجزیه را افزایش دهد (۲۹). درواقع افراد با ظرفیت ذهنی سازی پایین، به تجارب تجزیه ای بالا جهت اجتناب از عواطف و تعدیل هیجانات ناخوشایند پناه می برند و این امر به نوبه خود راه را برای خودجرحی هموار می سازد. اما ظرفیت ذهنی سازی به انعطاف پذیری کمک می کند، زیرا بازنمایی معانی غنی از خود و دیگران، به انعطاف پذیری شناختی و چارچوب بندی مجدد کمک می کند. به علاوه ذهنی سازی یک منبع درونی مهم است که افراد فعالانه سعی می کنند تجارب را درک نموده و آن را در هویت خود ادغام کنند. بنابراین ظرفیت بازنگری شناختی عواطف، انعطاف پذیری و چارچوب بندی مجدد ادراک در مورد خود و دیگران و ایجاد حس عاملیت (تمایز خود- دیگری و حس و شناخت خود به عنوان عامل اعمال خوشتن) (این بعد خود- دیگری که در ذهنی سازی کلیدی است در تجزیه

مختل است) به واسطه ذهنی سازی، یک عامل محافظتی جهت کاهش تجارب تجزیه ای و جلوگیری از خودجرحی محسوب می شود (۱۴). همچنین می توان گفت که ذهنی سازی برای ایجاد حس خود و هویت کلیدی است (برخلاف تجارب تجزیه ای) و این حس خود یک عامل تاب آوری مهم به هنگام آسیب است. به علاوه کودکانی که می توانند به حمایت والدینی خویش (تجربه روان شناختی آن ها و توانایی متالایز نمودن) تکیه کنند، این امر ممکن است به آنها کمک کند تا خودتنظیمی و اعتماد به دیگران را دوباره برقرار کند و توسل به دفاع های تجزیه ای را کاهش دهد. به طور کلی تجزیه به صورت فراگیر - هنگامی که کودکان به واقعیت متصل نیستند و فرصت هایی را که ممکن است برای درگیر شدن در روابطی که می توانند در مورد ذهن خود و دیگران بیاموزند از دست بدهند- سبب می شود که رشد ظرفیت های ذهنی سازی تضعیف شود (۴۹). بنابراین افراد با ظرفیت ذهنی سازی پایین و تجزیه بالا به راحتی و با جدا شدن از خوشتن و واقعیت، اقدام به رفتارهای پر خطر از جمله رفتارهای خودجرحی کنند. در حالی که آموزش های مبتنی بر ذهنی سازی بر خلاف تجزیه، با ادغام و نمادین نمودن تجربیات، پردازش اطلاعات کلامی، پرورش نیروهای عاطفی و شناختی و ایجاد حس عاملیت از فرد در برابر رفتارهای خودجرحی محافظت می نماید. بنابراین براساس یافته های این مطالعه، ذهنی سازی احتمالاً می تواند یک رویکرد درمانی حیاتی برای کاهش تجزیه و جلوگیری از NSSI تلقی شود.

درمان مبتنی بر ذهنی سازی در کاهش ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به خودجرحی بدون قصد خودکشی تاثیر معناداری داشته است. این یافته ها با پژوهش های لین (Lane) و همکاران (۱۸)، لوف (Löf) و همکاران (۱۹) و برسی (Bressi) و همکاران (۵۰) هم سو است. در تبیین این یافته ها می توان چنین بیان کرد که ناگویی هیجانی نه تنها شامل مشکل در بیان کلامی احساسات می شود، بلکه نوعی اختلال خودآگاهی از نظر حالات عاطفی خود را نیز شامل می شود، بنابراین جنبه ای از مشکل ذهنی سازی در نظر گرفته می شود (۱۸). همچنین نکته اصلی مدل MBT این است که فرض می شود مشکلات در تنظیم عواطف نوعی نقص در ذهنی سازی است؛ لذا درمان MBT ظرفیت افراد را برای توصیف و شناسایی احساسات بهبود می بخشد (۱۹). در واقع افراد تحت MBT توانایی خود را

برانگیخته هیجانی، بدون اینکه در فرایندهای ذهنی، معنای روان شناختی و ذهنیتی پیدا کند، سریعاً تبدیل به یک عمل و تکانه (مانند خودجرحی) می شود. اما توانایی ذهنی سازی به قابلیت برای فهم و درک موقعیت ها و خواسته های آشکار و ناآشکار گفته می شود که با خودکنترلی، خویشتن داری و چگونگی روابط ناشی از آن مرتبط می شود (۲۵)؛ لذا می توان گفت که MBT هم راستا با پژوهش حاضر می تواند در کاهش تکانشگری و NSSI موثر باشد. همچنین از لحاظ عدم تعادل در ابعاد ذهنی سازی (شامل چهار بعد خودکار- کنترل شده، خود- دیگری، درونی- بیرونی، شناختی- عاطفی)، تکانشگری بر قطب خودکار- کنترل شده تاکید دارد. اگر تامل کافی در مورد تاثیر اعمال خود بر روی دیگران یا خودمان وجود نداشته باشد، رفتار تکانشی و بنابراین اعمال خودآسیبی حاصل خواهد شد. اگر تاملی هم وجود داشته باشد جدا از واقعیت و به صورت پیش ذهنی سازی یا ذهنی سازی بیش از حد خواهد بود (۲۶). بنابراین تکانشگری نتیجه غایت شناسی است، یعنی حالتی از غایت شناسی پیش ذهنی سازی شده که بر پیامدهای فیزیکی تاکید دارد و یک حالت عدم ذهنی سازی است که در قطب بیرونی بعد درونی- بیرونی ذهنی سازی قرار دارد و به صورت فقدان ذهنی سازی کنترل شده است. بنابراین می توان گفت که MBT با تقویت حس عاملیت و بعد درونی و کنترل شده در کاهش تکانشگری و به تبع جلوگیری از NSSI موثر است.

نتیجه گیری

براساس نتایج این مطالعه و با توجه به اثربخش بودن MBT می توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی سازی رویکرد درمانی مناسبی در بهبود تجارب تجزیه ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به خودجرحی بدون قصد خودکشی است و می توان از آن به عنوان یک شیوه مداخله موثر در درمان NSSI استفاده کرد. توصیه می شود که درمانگران و روانشناسان از MBT جهت بهبود مکانیسم های درگیر در NSSI استفاده کنند و بدین نحو گامی موثر در درمان NSSI بردارند. همچنین پیشنهاد می شود که اصول درمان MBT طی کارگاه های تخصصی به مشاوران و روان شناسان مراکز درمانی و بیمارستانی آموزش داده شود تا آنها با بکارگیری این آموزش برای افراد مبتلا به NSSI در مراکز درمانی و بیمارستانی، جهت کاهش تجارب تجزیه

برای شناسایی احساسات و هدایت تفکر خویش به سمت حالات درونی افزایش می دهند. به نوعی آگاهی دقیق تر و متفاوت تر از حالات عاطفی خود نیز می تواند در کاهش علائم مرزی و آسیب رسانی به خود نقش موثری داشته باشد (۱۹). به طور کلی می توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بیان می کند که دلبستگی نالایمن توانایی انعکاس حالات درونی خود و دیگران را به ویژه در موقعیت های استرس زای عاطفی مختل می کند، توانایی شناسایی و توصیف احساسات با مشکل مواجهه می شود و نقص در توانایی ذهنی سازی نیز منجر به آسیب شناسی روانی می شود (۲۸). این درمان نیز رابطه ای است و بر درک بهتر و استفاده از مهارت های ذهنی به منظور شناسایی حالات عاطفی و ارتقای تحمل عاطفه، و توانایی تفکر انعطاف پذیر در حین تجربه عاطفه شدید به جای استفاده از NSSI یا سایر انواع رفتارهای تکانشی برای تنظیم حالات عاطفی تمرکز دارد (۱۹). همچنین باید این نکته را نیز ذکر نمود که MBT مبتنی بر بینش نیست. بلکه کاوش و شناسایی احساسات را - به ویژه در زمینه های بین فردی و با کمک بیمار در ایجاد بازنمایی درونی معنادار و در عین حال اجتناب از توضیح های زودرس - تحریک می کند (۵۰). به علاوه از آنجایی که که ناگویی هیجانی به عنوان فقر تخیل و همچنین دشواری در شناسایی و توصیف احساسات توصیف شده است، در حالی که ذهنی سازی نوعی توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است (۵۰)؛ لذا می توان گفت که نتایج این مطالعه مبنی بر اینکه MBT در کاهش ناگویی هیجانی موثر بوده است، منطقی به نظر می رسد و می - توان از این رویکرد درمانی جهت کاهش ناگویی هیجانی و درمان NSSI بهره برد.

دیگر نتایج پژوهش بیانگر آن بود که درمان مبتنی بر ذهنی سازی در کاهش تکانشگری در افراد مبتلا به خودجرحی بدون قصد خودکشی تاثیر معناداری داشته است. این نتایج با پژوهش های بوچارد و لکورز (Bouchard and Lecours) (۲۴)، پترز (Peters) (۲۵)، بشر پور و عینی (۲۶) و روسو و فوناگی (Rossouw & Fonagy) (۲۷) هم سو است. برای تبیین یافته های پژوهش حاضر می توان به دیدگاه بوچار و لکورز تکیه کرد. از این دیدگاه، اشکال تکانشگری، جسمانی سازی و میل به رفتارهای خودزنی به عنوان ابراز تکانه های انباشته شده بدون معنای روان شناختی (ذهنی سازی نشده) تفسیر می شوند (۲۴). درواقع هر گونه حالات

پرسشنامه از ابزارهای دیگر همچون مصاحبه استفاده شود. پیشنهاد می شود که روش MBT با دوره های پیگیری بلندمدت با سایر روش های درمانی مقایسه و استفاده از سایر متغیرهای روان شناختی نیز مدنظر قرار گیرد.

سیاسگراری

بدین وسیله از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری داشته اند تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

بنا بر اظهار نویسندگان هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

ای، ناگویی هیجانی و تکانشگری این بیماران قدمی جدی برداشته باشند. همچون سایر علوم رفتاری، مطالعه حاضر نیز با محدودیت های مواجهه بود. اولین محدودیت حاضر نبود دوره پیگیری بود. دومین محدودیت استفاده از پرسشنامه های خودگزارشی بود. محدودیت سوم کوچک بودن حجم نمونه بود. محدودیت چهارم استفاده از روش نمونه گیری در دسترس بود. در راستای محدودیت های پژوهش حاضر توصیه می شود که پژوهش به شیوه نمونه گیری تصادفی در نمونه بزرگتر و همراه با دوره پیگیری انجام شود تا قدرت تعمیم پذیری افزایش و ماندگاری اثرات درمانی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین برای افزایش غنای اطلاعات در کنار

References

1. Wang Z, Li D, Chen Y, Tao Z, Jiang L, He X, Zhang W. Understanding the subtypes of non-suicidal self-injury: A new conceptual framework based on a systematic review. *Psychiatry Research*. 2024 Feb 24;115816. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115816>
2. Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, Tan W, Ho CS, Ho RC. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2019 Nov; 16(22):4581. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
3. Xie X, Li Y, Liu J, Zhang L, Sun T, Zhang C, Liu Z, Liu J, Wen L, Gong X, Cai Z. The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury in adolescents with depressive disorders. *Psychiatry research*. 2024 Jan 1; 331:115638. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115638>
4. Ezakian S, Mirzaian B, Hosseini S H. A review on Non-Suicidal Self-Injury in Iranian Young adults and Adolescents. *Clin Exc* 2018; 8 (2):14-25
5. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2018 Jan; 115(3):23. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
7. Christoforou R, Boyes M, Hasking P. Emotion profiles of university students engaging in non-suicidal self-injury: Association with functions of self-injury and other mental health concerns. *Psychiatry research*. 2021 Nov 1; 305:114253. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114253>
8. Calati R, Bensassi I, Courtet P. The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry research*. 2017 May 1; 251:103-14. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.035>
9. Cipriano A, Cantone D, Guerriera C, Rosato MS, Cotrufo P, Cella S. Narcissistic vulnerability and binge eating in adolescence: The mediating role of emotion dysregulation and dissociative experiences. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2024 Apr 1; 16:100737. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100737>
10. Schore AN. Relational trauma and the developing right brain: An interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009 Apr; 1159(1):189-203. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04474.x>
11. Leibenluft E, Gardner DL, Cowdry RW. Special feature the inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*. 1987 Dec; 1(4):317-24. <https://doi.org/10.1521/pedi.1987.1.4.317>
12. Navarro-Haro MV, Wessman I, Botella C, García-Palacios A. The role of emotion regulation strategies and dissociation in non-suicidal self-injury for women with borderline personality disorder and comorbid eating disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2015 Nov 1; 63:123-30. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.09.001>
13. Ludäscher P, Bohus M, Lieb K, Philipsen A,

- Jochims A, Schmahl C. Elevated pain thresholds correlate with dissociation and aversive arousal in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry research*. 2007 Jan 15; 149(1-3):291-6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.04.009>
14. Wagner-Skacel J, Riedl D, Kampling H, Lampe A. Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. *Scientific reports*. 2022 Apr 26; 12(1):6809. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10787-8>
15. Raffagnato A, Angelico C, Valentini P, Miscioscia M, Gatta M. Using the body when there are no words for feelings: alexithymia and somatization in self-harming adolescents. *Frontiers in psychiatry*. 2020 Apr 8; 11:516999. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00262>
16. Grégoire S, Lachance L, Taylor G. Mindfulness, mental health and emotion regulation among workers. *International Journal of Wellbeing*. 2015 Dec 17; 5(4). <https://doi.org/10.5502/ijw.v5i4.5>
17. Zlotnick C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive psychiatry*. 1996 Jan 1; 37(1):12-6. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90044-9](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90044-9)
18. Lane RD, Hsu CH, Locke DE, Ritenbaugh C, Stonnington CM. Role of theory of mind in emotional awareness and alexithymia: Implications for conceptualization and measurement. *Consciousness and cognition*. 2015 May 1; 33:398-405. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.02.004>
19. Löf J, Clinton D, Kaldo V, Rydén G. Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: A naturalistic study. *BMC psychiatry*. 2018 Dec; 18:1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1699-6>
20. McHugh CM, Lee RS, Hermens DF, Corderoy A, Large M, Hickie IB. Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*. 2019 Sep 1; 116:51-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.012>
21. Ran H, Fang D, Donald AR, Wang R, Che Y, He X, Wang T, Xu X, Lu J, Xiao Y. Impulsivity mediates the association between parenting styles and self-harm in Chinese adolescents. *BMC public health*. 2021 Dec; 21:1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10386-8>
22. McHugh CM, Lee RS, Hermens DF, Corderoy A, Large M, Hickie IB. Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*. 2019 Sep 1; 116:51-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.012>
23. Cassels M, Neufeld S, van Harmelen AL, Goodyer I, Wilkinson P. Prospective pathways from impulsivity to non-suicidal self-injury among youth. *Archives of suicide research*. 2022 Apr 3; 26(2):534-47. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1811180>
24. Bouchard MA, Lecours S. Contemporary approaches to mentalization in the light of Freud's Project. In *Mentalization* 2011 Feb 25 (pp. 103-129). Routledge.
25. Peters M. Trauma and mentalization ability in older patients. *GeroPsych*. 2021 Jul 13. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000267>
26. Basharpour S, Einy S. The effectiveness of mentalization-based therapy on emotional dysregulation and impulsivity in veterans with post-traumatic stress disorder. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2020 Jun 10; 8(3):10-9. <https://doi.org/10.29252/shefa.8.3.10>
27. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*. 2012 Dec 1; 51(12):1304-13. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
28. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. OUP Oxford; 2016 Jan 28. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
29. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*. 2009 Nov; 21(4):1355-81. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
30. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, Faltinsen E, Todorovac A, Sales CP, Callesen HE, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2020; 2020(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
31. Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*. 2014 Sep; 51(3):372. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
32. Carlyle D, Green R, Inder M, Porter R, Crowe M, Mulder R, Frampton C. A randomized-controlled trial of mentalization-based

- treatment compared with structured case management for borderline personality disorder in a mainstream public health service. *Frontiers in Psychiatry*. 2020 Nov 12; 11:561916. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.561916>
33. Fonagy P. Attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1998 Apr 1; 62(2):147.
34. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2009 Sep; 31:215-9. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
35. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*. 2007 Mar 1; 27(2):226-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
36. Peymannia B, Hamid N, Mhmudalilu M. The Effectiveness of ACT Matrix with compassion on self-injury behaviors and quality of life of Students with symptoms of Borderline Personality Disorders. *Psychological Achievements*. 2018 Jun 22; 25(1):23-44.
37. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*. 1986. <https://doi.org/10.1037/e609912012-081>
38. Hosseinzadeh A, Taghizadeh M E. Mind simulation model; an effective treatment to decreasing dissociative experiences caused by traumatic events in adult with stuttering disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2020; 7 (1):90-102. <https://doi.org/10.52547/shenakht.7.1.90>
39. Olsen SA, Beck JG. The effects of dissociation on information processing for analogue trauma and neutral stimuli: A laboratory study. *Journal of anxiety disorders*. 2012 Jan 1; 26(1):225-32. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.003>
40. Sajadi S.F., Dehghanizadeh Z. A Survey on the Relationship between Alexithymia and Dissociation Experiences with Eating Attitudes in Girl Students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences [Internet]*. 2016; 18(5):8-17. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-3384>
41. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 1994 Jan 1; 38(1):23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
42. Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. [Alexithymia and psychological and physical vulnerability (Persian)]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34):47-56.
43. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*. 2007; 101(1):209-20. <https://doi.org/10.2466/PRO.101.5.209-220> <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
44. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*. 1995; 51(6):768-74. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
45. Kazemi-Zahrani H, Mohagheghian M. Efficacy of mindfulness based on cognitive therapy on impulsivity and self-inhibition in patients with bipolar disorder under medical treatment. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2019 Dec 1. <https://doi.org/10.18502/ssu.v27i7.1930>
46. Ekhtiari H, Rezvafard M, Mokri A. Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2008 Nov 10; 14(3):247-57.
47. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide. Oxford University Press; 2016. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
48. Rüfenacht E, Shaverin L, Stubley J, Smits ML, Bateman A, Fonagy P, Luyten P. Addressing dissociation symptoms with trauma-focused mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Psychotherapy*. 2023 Oct 2; 37(4):467-91. <https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2272765>
49. Ensink K, Bégin M, Normandin L, Godbout N, Fonagy P. Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of trauma & Dissociation*. 2017 Jan 1; 18(1):11-30. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1172536>
50. Bressi C, Fronza S, Minacapelli E, Nocito EP, Dipasquale E, Magri L, Lionetti F, Barone L. Short-term psychodynamic psychotherapy with mentalization-based techniques in major depressive disorder patients: Relationship among alexithymia, reflective functioning, and outcome variables-A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*. 2017 Sep; 90(3):299-313. <https://doi.org/10.1111/papt.12110>