ISSN: 2717-3216 *Volume 12, Issue 2 (2025), 95-110* https://www.ijfpjournal.ir/

Iranian Journal of Family Psychology

Research Paper

https://doi.org/10.22034/ijfp.2026.2080217.1486

Effectiveness of Mentalization-Based Treatment on Relationship quality with parents and High in Rejection Sensitivity in Self-Harming Students

Monireh Esmaeelbeigi[1], Khadijeh Shiralinia[2]*, Zabihollah Abbaspour[2]

1. PhD student in counseling, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
2. Associate Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Article Info.

Received: 19 July 2025
Revised: 16 November 2025
Accepted: 7 December 2025

Keywords:

Mentalization-Based Treatment, Relationship quality with parents, rejection sensitivity, Students, Self-Harm

Abstract

Abstract

Relationship quality with parents and high in rejection sensitivity are factors that can lead to emotional and behavioral disorders, such as self-harm, in adolescents. Mentalization-Based Treatment (MBT) is a therapeutic approach that aims to target the mechanisms underlying self-harm by enhancing an individual's ability to better understand their own and others' mental states and emotions. The present study aimed to evaluate the effect of MBT on the quality of parent-child relationships and high sensitivity to rejection in self-harming students. This research was conducted within the framework of a single-case experimental design, including baseline assessment and a follow-up period. The statistical population of the study consisted of self-harming female students who sought treatment at psychological counseling centers of the Ministry of Education in Tehran during the 2024-2025 academic year. The instruments used included the Interpersonal Quality of Relationships Scale (QRI) and the Rejection Sensitivity Scale (RSQ). Three self-harming students participated in the study, receiving 12 sessions of 60-minute MBT. The findings, based on the Permanent Change Index, the percentage of improvement formula, and visual analysis methods, showed that MBT led to an improvement in the quality of parent-child relationships and a reduction in high rejection sensitivity in self-harming students (Between 20 to 30 percent improvement). This result, with a reliability index of z = 1.96, remained clinically significant even after a two-month follow-up. Therefore, it can be concluded that MBT can play a significant role in improving the relationship with parents and reducing rejection sensitivity in self-harming students by creating a safe and supportive environment.

***Corresponding author**
Email: k.shiralinia@scu.ac.ir

How to Cite:
Esmaeelbeigi, M., Shiralinia, K., Abbaspour, Z. (2025). Effectiveness of Mentalization-Based Treatment on Relationship quality with parents and High in Rejection Sensitivity in Self-Harming Students. *Iranian Journal of Family Psychology. 12*(2), 95-110. https://doi.org/10.22034/ijfp.2026.2080217.1486

©The Author(s). Published by Family Psychology Association of Iran.
This article is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

ISSN: 2717-3216 https://www.ijfpjournal.ir/

روانشناسی خانواده
دوره دوازدهم، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۴



مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت رابطه با والدین و حساسیت بالا نسبت به طرد در دانش‌آموزان خود آسیب

منیره اسماعیل بیگی [۱]، خدیجه شیرالی نیا [۲*]، ذبیح اله عباس پور [۲]

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۸

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۸/۲۵

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۶

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی،

کیفیت رابطه با والدین،

حساسیت بالا نسبت به طرد،

دانش‌آموزان، خودآسیبی.

چکیده

کیفیت رابطه با والدین و حساسیت بالا نسبت به طرد از جمله عواملی مهمی هستند که می‌تواند منجر به اختلالات هیجانی و رفتاری مانند خودآسیبی در نوجوانان شود. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی یک رویکرد درمانی است که می‌تواند با تقویت توانایی فرد در درک بهتر ذهنیت‌ها و احساسات خود و دیگران، مکانیسم‌های مؤثر در خودآسیبی را مورد هدف قرار دهد. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت رابطه با والدین و حساسیت بالا نسبت به طرد دانش‌آموزان خود آسیب انجام شده است. این تحقیق در چارچوب یک مطالعهٔ آزمایشی تک موردی همراه با خط پایه و دوره پیگیری اجرا گردیده است. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر خودآسیب مراجعه‌کننده به مراکز درمان روان‌شناختی آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد. ابزارهای مورد استفاده شامل مقیاس‌های کیفیت روابط بین‌فردی (QRI) و حساسیت نسبت به طرد (RSQ) بود. سه نفر از دانش‌آموزان دارای رفتار خودآسیب، طی دوازده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را دریافت کردند. یافته‌های بدست آمده از شاخص تغییر پایا، فرمول درصد بهبودی و روش‌های تحلیل دیداری نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به افزایش کیفیت رابطه با والدین و کاهش حساسیت بالا نسبت به طرد در دانش‌آموزان دارای رفتار خودآسیبی شده است (بین ۲۰ تا ۳۰ درصد بهبودی). این نتیجه در کنار شاخص پایای بالاتر از اندازه z=۱/۹۶ همچنان بعد از دو ماه پیگیری، از نظر بالینی معنادار بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند با ایجاد فضایی امن و حمایت‌کننده بر بهبود رابطه با والدین و حساسیت بالا نسبت به طرد دانش‌آموزان دارای رفتار خودآسیبی، نقش مؤثری ایفا کند.

نویسنده مسئول:*

پست الکترونیکی: k.shiralinia@scu.ac.ir

استناد به این مقاله:

اسماعیل‌بیگی، منیره، شیرالی‌نیا، خدیجه، عباس‌پور، ذبیح‌اله (۱۴۰۴). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت رابطه با والدین و حساسیت بالا نسبت به طرد در دانش‌آموزان خود آسیب. *روانشناسی خانواده*، ۱۲ (۲)، ۹۵-۱۱۰.

مقدمه

نوجوانی، مرحله انتقال رشد جسمی و روانی در دوره بلوغ تا بزرگسالی است. این دوره حساس رشدی با تغییرات عمیق بیولوژیکی، روانی، اجتماعی و همچنین وظایف مهم رشدی در تعریف هویت و خودمختاری فرد مشخص می‌شود. اوایل نوجوانی دوره مهمی برای رشد مغز و نوروپلاستیسیته[۱] آن و آسیب‌پذیری احتمالی سلامت روان است. به طوری‌که تغییرات همزمان در رشد مغز ممکن است منجر به عدم تعادل رشدی در کنترل هیجانات شده که با رشد قشر جلوی مغز برطرف می‌شود. هر گونه افزایش در رفتارهای پر خطر همچون خودکشی و خودآسیبی در دوران نوجوانی ممکن است نه تنها منعکس کننده افزایش تغییرات هورمونی، بلکه افزایش ضعف روانی در این محدوده سنی باشد (Giovanelli et al., 2020).

خودآسیبی غیرخودکشی[۲] یک مشکل جدی و گسترده سلامت روان است که معمولاً در نوجوانی شروع و به اوج می‌رسد. این رفتار شامل تخریب مستقیم و عمدی بافت بدن و مسموم کردن با استفاده از روش‌هایی است که از نظر اجتماعی یا فرهنگی تایید نشده اما بدون قصد خودکشی است. رایج‌ترین نمونه‌ها در میان نوجوانان شامل رفتارهایی مانند خاراندن، کوبیدن، سوزش، بریدن، ضربه زدن به اعضای بدن و تداخل در بهبود زخم است. به طور بحرانی، خودآسیبی غیر خودکشی به عنوان یک عامل اصلی خطر مرگ ومیرهای ناشی از خودکشی است (Miché et al., 2020). اگرچه رفتارهای خودآسیبی به طور قابل توجهی در طول زمان کاهش می‌یابد، اما این رفتارها می‌توانند در برخی افراد به تمرین مزمن تبدیل شوند، حتی تا اواخر نوجوانی و بزرگسالی گسترش پیدا کنند. بنابراین، نوجوانی یک مرحله رشدی حیاتی برای مداخله زودهنگام و پیشگیری از رفتارهای خودآسیبی است. مطالعات نشان می‌دهد میل به خودآسیبی یکی از علائم رایج برخی از اختلالات روانی از جمله اختلالات خلقی[۳]، افسردگی[۴]، اسکیزوفرنی[۵]، سوء مصرف مواد[۶]، اختلال شخصیت مرزی[۷]، اختلالات خوردن[۸]، اختلال استرس پس از سانحه[۹]، اختلالات اضطرابی[۱۰] و اختلالات تجزیه‌ای[۱۱] است. پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهد که خودآسیبی می‌تواند در افرادی که هیچ تشخیص زمینه‌ای سلامت روان ندارند نیز رخ دهد (Klonsky, 2007).

مطالعات نشان می‌دهد یکی از عوامل مهم در بروز رفتارهای خود آسیب در نوجوان کیفیت رابطه با والدین[۱۲] است (Chen, 2023). کیفیّت رابطه با والدین به عنوان عاملی محوری در نظام خانواده است. الگوهای ناکارآمد خانواده مانند غفلت والدین، کنترل‌گری و دلبستگی ناایمن از عوامل مهم اقدام به خودکشی هستند. برعکس، مراقبت والدین از فرزندان و ایجاد احساس امنیت در آن‌ها، به عنوان عوامل محافظت کننده از اقدام به خودآسیبی و خودکشی شناسایی شدند (Alvarez-Subiela et al., 2022). مطابق با نظریه دلبستگی، الگوهای درونی رابطه بین والد- فرزند پایدارند (Opie et al., 2021). به‌طوری‌که رابطه اولیه والد-کودک مدلی را برای روابط بعدی ایجاد می‌کند (Clarke et al., 2020).

در نوجوانی، سلسله مراتب دلبستگی بازسازی شده و محققان بر اهمیت فزاینده روابط خارج از خانواده تأکید می‌کنند (Viejo et al., 2019). این تغییر در سلسله مراتب دلبستگی تا حدی به رشد شناختی و اجتماعی دوران نوجوانی مربوط است (Williams et al., 2023). در آغاز نوجوانی ارتباط فرد عمدتا متمرکز به گروه همسالان و دوستان است. و نوجوانان معمولاً به عنوان بخشی از رشد هویت، تمایل بیشتری به استقلال از والدین (Wong et al., 2023) و عدم دریافت کمک از سمت آن‌ها دارند (Pace et al., 2023). مطالعات نشان می‌دهد که اگرچه دلبستگی به والدین و گروه همسالان ممکن است کارکردهای متفاوتی در رشد نوجوان ایجاد کند (Yu et al., 2024)، اما والدین به عنوان منابع مهم حمایت از نوجوانان به‌ویژه در مواقع خطر و پریشانی‌اند و روابط با همسالان به طور کامل جایگزین روابط با والدین نمی‌شود

1 .neuroplasticity
2 .Non-suicidal self-injury
3 .mood disorders
4 .depression
5 .schizophrenia
6 .substance abuse
7 .Borderline personality disorder
8 .eating disorders
9 .post-traumatic stress disorder
10.anxiety disorders
11 .dissociative disorders
12 . Relationship quality with parents

(Flykt et al., 2021). مطالعات همچنین نشان می‌دهد ارتباط ضعیف والدین و نوجوانان با پیامدهای منفی مانند فعالیت جنسی پرخطر (Crichton et al., 2012)، سیگار کشیدن و مصرف الکل (Gautam et al., 2023)، رفتارهای خودآسیب و اقدام به خودکشی (Grażka & Strzelecki, 2023) و اختلالات خوردن مرتبط است (Rienecke et al., 2024). برعکس محیط خانوادگی امن و حمایتی به رضایت بیشتر از زندگی، عزت نفس بالاتر و سازگاری‌روانی اجتماعی بیشتر در نوجوانان منجر می‌شود (Wong et al., 2023).

مطالعات نشان می‌دهد یکی دیگر از عوامل بروز رفتارهای خود آسیب در نوجوانان حساسیت بالا نسبت به طرد[1] است (Nock et al., 2010). تحقیقات نشان داده که خودآسیبی غیر خودکشی اغلب به‌عنوان نوعی استراتژی خودتنظیمی ناسازگار در برخورد نوجوان در مقابل تجربیات طرد والدین (Quirk et al., 2015) ، خواهر و برادر (O'Reilly et al., 2021)، و طرد یا قلدری همسالان است (Esposito et al., 2019). نوجوانی یک مرحله رشدی است که با افزایش نگرانی از ارزیابی‌های اجتماعی مشخص می‌شود، این امر باعث می‌شود نوجوانان به ادراکات والدین، همسالان و دوستان توجه بیشتری نشان داده و نسبت به نحوه عملکرد خود در تعاملات اجتماعی نگرانی زیادی نشان دهند (Kiefer et al., 2021). افراد با حساسیت بالا نسبت به طرد، نشانه‌های طرد را به روش‌هایی پردازش می‌کنند که پاسخ‌های ناسازگارانه همچون خصومت، پرخاشگری و آسیب به خود را تقویت می‌کند (Downey & Feldman, 1996). این افراد احتمالا طرد را عمدی و شخصی تفسیر کرده، در مورد شایستگی خود استنباط منفی داشته و خود را سزاوار رنج بردن یا مجازات می‌دانند (Gao et al., 2021). این امر موجب می‌شود آن‌ها به راحتی روابط میان فردی خود را از دست داده و پریشانی شخصی را تجربه کرده و مطابق با نظریه بین فردی خودکشی، احساس خشم نسبت به خود (Nock et al., 2010) و از دست دادن روابط میان فردی می‌تواند منجر به رفتارهای خود آسیب در فرد شود (Joiner et al., 2005).

تاکنون طیف گسترده‌ای از مدل‌ها در درمان خودآسیبی نوجوانان مورد استفاده قرار گرفته‌اند. از جمله این مدل‌ها رفتاردرمانی دیالکتیکی[2]، درمان شناختی رفتاری[3]، خانواده‌درمانی یکپارچه[4]، آموزش والدین[5]، درمان چند سیستمی[6]، روان‌درمانی پویشی[7]،آموزش مهارت‌های کوتاه[8]، گروه‌درمانی التقاطی[9] و روان‌درمانی حمایتی[10] می‌باشند (Glenn et al., 2019). این درمان‌ها اغلب شامل یک رویکرد مداخله در بحران، با استفاده از قراردادهای بدون آسیب و سایر مداخلات دستورالعملی هستند که در درجه اول بر توقف رفتار آسیب‌رسان متمرکزاند (Miner et al., 2016). مطالعات فراتحلیل نشان می‌دهد که اندازه‌های اثر مداخلات خودآسیبی به طور کلی پایین است (Fox et al., 2020). در حالی‌که برخی از مدل‌ها از جمله رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای خودآسیبی موفق بوده‌اند، اما وقوع آن را به ندرت به‌طور کامل از بین برده‌اند (Kothgassner et al., 2021). برای مثال، در مطالعه‌ای شانزده نفر از بیست و دو شرکت‌کننده (۷۱٪) در طول دوره‌ی درمان، درگیر خودآسیبی بوده‌اند و چهار نفر (۱۸٪) اقدام به خودکشی کرده‌اند. در پیگیری شش ماهه، تنها پنج نفر از افراد مورد مطالعه خودآسیبی نداشتند (Berk et al., 2020). مطالعه دیگری نشان داد که شرکت‌کنندگان با میانگین ۵.۵ در پیگیری یک ساله به طور مکرر درگیر رفتار آسیب به خود بودند (Mehlum et al., 2016). به طور کلی اکثر بررسی‌های مربوط به درمان خودآسیبی بر موقعیت‌های درمانی متمرکزاند و فرایندهای درون‌روانی کمتر در نظر گرفته شده است (Fox et al., 2020). از طرفی مطالعات همچنین نشان می‌دهد که بسیاری از درمان‌ها با پرداختن به جنبه رفتاری خودآسیبی بدون درک محیط خانوادگی است و این درمان‌ها دلایل بالقوه دخیل در ترویج رفتار خودآسیبی نسبت به سایر مکانیسم‌های مقابله‌ای سالم را در نظر نمی‌گیرند (Miner et al., 2016).

1 . High in rejection sensitivity
2 .Dialectical Behavior Therapy
3 . Cognitive Behavioral Therapy
4 . integrated family therapy
5 . parent training
6 . multiple systems therapy
7 . psychodynamic therapy
8. brief skills training
9 . eclectic group therapy
10 . support-based therapy

یکی از رویکردهای مبتنی بر شواهد امیدوارکننده در درمان رفتارهای خودآسیب، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی[1]است. روان‌درمانی ساختاریافته که برای درمان اختلال شخصیت مرزی[2] توصیه شده است (Bateman & Fonagy, 2016). ذهنی‌سازی توانایی‌ای است که به درک حالات ذهنی خود و دیگران در مورد تمایلات، نیات، افکار، احساسات و رفتار کمک می‌کند(Fonagy & Luyten, 2009). مطابق با این درمان تجارب دلبستگی غفلت‌آمیز، آزاردهنده یا ناکارآمد احتمالاً به رشد ذهنی‌سازی آسیب می‌رساند، که به نوبه خود می‌تواند منجر به تکانشگری، اختلال در نظم، آسیب به خود یا اضطراب اجتماعی شود (Bateman, 2020). همچنین مشکلات تنظیم هیجان و عملکرد بین‌فردی، که به طور محوری در رفتار آسیب به خود نقش دارد (Reichl & Kaess, 2021)، به دلیل مختل شدن ظرفیت ذهنی‌سازی ایجاد می‌شود (Ball Cooper et al., 2021). این درمان توضیح می‌دهد که چگونه افراد توانایی داشتن گفتگوهای بازتابی[3] را به دست می‌آورند و چگونه این توانایی به آن‌ها کمک می‌کند تا بدون اینکه دچار اختلالات عاطفی یا الگوهای تحریف شده فکری شوند، با خواسته‌های دنیای اجتماعی سازگار گردند. به عبارت دیگر این درمان توانایی مراجع را برای تفسیر معنای رفتار دیگران با در نظر گرفتن حالات و مقاصد ذهنی آن‌ها و همچنین ظرفیت مراجع برای درک تأثیر رفتارهای خود بر دیگران را ارتقاء می‌دهد. بر این اساس هدف اصلی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بهبود ذهنی‌سازی، توانایی تفسیر رفتار خود و دیگران بر حسب حالات روانی زمینه‌ای (مانند نیات، افکار) است (Bateman & Fonagy, 2016).

بدین جهت پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به عنوان یک مداخله مؤثر، می‌تواند با تلفیق نظریه‌های روان‌شناختی راهکارهای عملی و ضروری را برای متخصصان حوزه‌ی سلامت روان ارائه دهد. به‌طوری‌که از طریق پرورش مهارت‌های ذهنی‌سازی، نوجوانان دارای رفتار خودآسیب می‌توانند وضوح هیجانی، انعطاف‌پذیری و ارتباطی عمیق‌تر را تجربه کرده و با موقعیت‌های فشارزا به صورت سازنده‌تری مواجه شوند. به عنوان مثال، در مطالعه‌ای نشان داده شد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند بر بهبود کیفیت روابط خانواده و کاهش رفتارآسیب به خود در نوجوانان دختر نقش داشته باشد (Karimi et al., 2019). در پژوهش دیگری مشخص شد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر عاطفه هراسی و کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی و افسردگی در زنان اثرگذار است (Haj Mohamad Hoseini et al., 2021). در مطالعه دیگری مشخص شد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شدید دارای رفتارهای اقدام به خودکشی و خودزنی اثرگذار است (Bales et al., 2012). در پژوهش دیگری همچنین مشخص شد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود، افسردگی، خودآسیبی، دلبستگی به همسالان، دلبستگی به والدین در نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثرگذار است (Bo et al., 2017). علاوه بر این در پژوهش دیگری مشخص شد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش آسیب به خود و افسردگی در نوجوانان مبتلابه اختلال شخصیت مرزی اثرگذار است (Rossouw & Fonagy, 2012).

لذا با توجه به پیشینه‌ی محدود درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در نوجوانان خودآسیب‌رسان، توجه به عوامل زمینه‌ای همچون حمایت خانواده، تعارض والدین و همچنین تجارب کنار گذاشته شدن، نادیده گرفته شدن یا رد شدن توسط افراد مهم زندگی در اقدام به رفتار خودآسیبی ضروری است. پژوهش حاضر درصدد بررسی این مسئله است که آیا این روش درمانی می‌تواند بر کیفیت رابطه با والدین و حساسیت بالا نسبت به طرد یک نوجوان دارای رفتار خودآسیب نسبت به خط پایه اثرگذار باشد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر تک آزمودنی و از نوع طرح‌های خط پایه چندگانه ناهم‌زمان برای بررسی اثربخشی درمان ذهنی‌سازی است. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مراجعه‌کننده به مراکز درمان روان‌شناختی الزهرا (س) وابسته به آموزش و پرورش منطقه ۱۲ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود که دارای رفتارهای خودآسیب بودند. نمونه متشکل از سه دانش‌آموز با تجربه دست کم یک نوع رفتار خود آسیب بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند و داوطلبانه و با رعایت ملاک ورود شامل داشتن حداقل ۱۲و حداکثر

1 . Mentalization Based Therapy
2 . Borderline personality disorder
3 . reflexive dialogues

۱۶سال سن؛ دارا بودن نشانه‌های خودآسیبی بر روی اعضای بدن در دوماه اخیر؛ رضایت برای شرکت در طول درمان و اجرای پژوهش؛ عدم ابتلای فرد به اختلالات سایکوتیک و یا اختلال روانی شدید؛ خودآسیبی فرد ناشی از یک وضعیت یا بیماری طبی نباشد؛ عدم سابقه‌ی دریافت مداخلات درمانی و دارویی در طی یکسال اخیر و یا در زمان اجرای پژوهش و یا در طول درمان؛ عدم سابقه‌ی سوء مصرف دارو و خروج شامل عدم تمایل به ادامه پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه و عدم وجود تشخیص‌های دیگر توسط روانپزشک انتخاب شدند. از میان داوطلبان غربالگری شده، بعد از ارزیابی مجدد، تحت نظر استاد راهنما، نمونه نهایی جهت اجرای پژوهش انتخاب و فرآیند درمان آغاز شد. در این پژوهش، بعد از اینکه داده‌های خط پایه برای شرکت‌کننده‌ها به ثبات رسید، مداخله برای شرکت‌کننده‌ی شماره ۱ اجرا شد در حالی که شرکت‌کننده‌ی شماره ۲ و ۳ همچنان در موقعیت خط پایه بودند. پس از آنکه مشارکت‌کننده‌ی شماره ۱ تغییر فوری در سطح ملاک از پیش تعیین‌شده نشان داد، مداخله برای مشارکت‌کننده‌ی شماره ۲ آغاز شد؛ به همین ترتیب، بعد از مشاهده‌ی اولین تغییر فوری در سطح ملاک پیش‌بینی‌شده برای شرکت‌کننده‌ی شماره ۲، مداخله برای مشارکت‌کننده شماره ۳ آغاز گردید. در مجموع برای هر شرکت‌کننده ۱۲ جلسه یک ساعته درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی انجام شد. پیشرفت درمانی شرکت‌کنندگان در جلسات ۱، ۴، ۷، ۱۰و ۱۲ از طریق ابزارهای پژوهش ثبت شد. یک ماه پس از اینکه درمان مشارکت‌کننده شماره ۳ به پایان رسید، ارزیابی به عنوان پیگیری برای هر سه مشارکت‌کننده اجرا و ماه بعد از آن نیز این ارزیابی دو مرتبه انجام شد. جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، توزیع و جمع‌آوری پرسش-نامه‌ها به صورت بی‌نام انجام شد و داده‌های حاصل با رازداری کامل و تنها در راستای اهداف و فرضیه‌های پژوهش مورد استفاده قرارگرفت. پس از جمع‌آوری داده‌ها و به منظور بررسی فرضیه تحقیق، از شاخص تغییر پایا، فرمول درصد بهبودی و روش‌های تحلیل دیداری استفاده شد.

ابزار سنجش و خلاصه جلسات آموزشی

در این تحقیق از دو پرسشنامه استاندارد و بسته درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی استفاده شد.

پرسش‌نامه کیفیت روابط بین فردی[1]: این پرسش‌نامه برای بررسی کیفیت روابط یک فرد با افراد خاص زندگی (والدین، همسر، دوستان) طراحی شده است (Pierce et al., 1991). نسخه نهایی پرسش‌نامه دارای ۲۵ سؤال است که شامل سه خرده مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (۷ گویه)، تعارضات بین‌فردی (۱۲ سؤال) و عمق روابط (۶ سؤال) است. در این تحقیق از خرده مقیاس تعارض بین‌فردی برای سنجش تعارضات بین‌فردی والدین استفاده شده است. روش نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای با هیچ (۱) تا زیاد (۴) است. حداقل امتیاز ممکن ۲۵و حداکثر ۱۰۰ است. باید در نظر داشت که سؤالات مرتبط در خرده مقیاس تعارض به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هم‌چنین، در تمامی سؤالات فرد باید کیفیت روابط با والدین، همسر و دوستان را ارزیابی کند. پایایی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی، به روش باز آزمایی برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۳ و برای خرده مقیاس تعارضات بین‌فردی بالای ۰/۷۰ گزارش شد (Hosseni Ghadamgahi et al., 1998).

پرسش‌نامه حساسیت نسبت به طرد[2]: در این پرسش‌نامه، متغیر حساسیت به طرد با ۱۸سوال دو قسمتی (الف و ب) و بر اساس مقیاس لیکرتی [6] درجه‌ای مورد سنجش قرار می‌گیرد (Downey & Feldman, 1996). قسمت الف هر سوال در مورد میزان اضطرابی است که فرد در موقعیت مربوط به آن سوال احساس می‌کند و قسمت ب احتمال دریافت پاسخ مثبت از طرف مقابل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سازندگان این مقیاس در اجرای آن بر ۳۲۱ دختر و ۲۶۳ پسر، ضرایب همسانی درونی و پایابی بازآزمایی قابل قبولی به دست آوردند. ضریب پایایی پژوهش مذکور با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳به دست آمد. در میزان حساسیت به طرد بین نمره‌های دختران و پسران تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین سازندگان تحلیل عاملی با روش تحلیل مولفه‌های اصلی را بر داده‌ها انجام دادند. آنها ۵ عامل با ارزش ویژهٔ بالاتر از یک به‌دست آوردند ولی از آنجا که آزمون اسکری تنها یک عامل را نشان می‌داد که همین عامل ٪۲۷واریانس را تبیین

1 .Quality of Interpersonal Relationship Questionnaire
2 . Rejection Sensitivity Questionnaire

می‌کرد، در نهایت یک عامل کلی پذیرفته شد (Downey & Feldman, 1996). همه سوالات بر عامل اول دارای بار عاملی بالاتر از ۰/۳بودند. در جمعیت ایرانی پایایی درونی این پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۸۴٪ گزارش شد (Khoshkam et al., 2014).

خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی: این پروتکل آموزشی طی دوازده جلسه تدوین شده که به صورت هفتگی و هر جلسه ۶۰ دقیقه برگزار شد. پروتکل درمان، تابعی از مراحل و گام‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است (Bateman, 2022; Bateman & Fonagy 2016; Bateman 2020). خلاصه‌ای از جلسات در جدول ۱آمده است.

جدول ۱. بسته درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر رفتارهای خودآسیب نوجوانان

جلسات	قدم‌ها	اهداف و محتوا
جلسه اول	ارزیابی تشخیصی و ارزیابی شناختی	ارزیابی شامل ارزیابی اختلالات روانپزشکی؛ ارزیابی شناختی و رفتاری؛ تمرکز بر بافت و تاریخچه خودآسیبی؛ تمرکز بر ماهیت و تحول رفتارخود آسیب‌رسان؛ بافت‌هایی که رفتار خودآسیبی در آن نمایان می‌شود؛ اقداماتی که فرد تاکنون برای حل مشکل انجام داده ؛ نحوه ادراک آسیب به خود ؛ اثر خودآسیبی بر دیگران و خانواده؛ تاریخچه درمان‌های قبلی.
جلسه دوم	ارزیابی ذهنی‌سازی	ارزیابی ظرفیت ذهنی‌سازی نوجوان دارای رفتار خودآسیب/ شناسایی ساحت های فقدان ذهنی‌سازی (هدفمندی عینی، برابری روانی و ساحت وانمودی یا تفکر فیل در اتاق) و بیش ذهنی‌سازی در نوجوان دارای رفتار خودآسیب، ارزیابی احتمال خطر.
جلسه سوم	فرمول‌بندی، قرارداد وطرح بحران	ایجاد اتحاد درمانی با مراجع، شروع فرآیند از اینجا و اکنون جلسه؛ گوش دادن به روایت مراجع؛ فرمول‌بندی؛ طرح بحران و ارزیابی احتمال خطر
جلسه چهارم	آموزش روانی-(Psycho education)	ماهیت ذهنی‌سازی و ابعاد آن از طریق آموزش روانی درک چگونگی عملکرد ذهن‌ها؛ ابعاد ذهنی‌سازی؛ چگونگی توسعه ذهنی‌سازی؛ فواید ذهنی‌سازی؛ پرورش نگرش ذهنی‌سازانه
جلسه پنجم و ششم		آشنایی درمانجو باهیجان های ذهنی سازی/خود و هیجان ها/ دیگران و هیجان ها/ تنظیم هیجان و منطق آن / مدیریت برانگیختگی هیجانی و احساسات ذهنی‌سازی نشده در خودآسیبی. شناسایی چرخه –-شکست ذهنی‌سازی در خود آسیبی از طریق آموزش روانی
جلسه هفتم و هشتم	تقویت ذهنی‌سازی	شناسایی عوامل استرس‌زای موثر بر ظرفیت ذهنی‌سازی در نوجوان دارای رفتار خود آسیب ؛ شفاف سازی کاوش و چالش؛ شناسایی عواطف، تمرکز عاطفی و ذهنی‌سازی رابطه.
	کسب کنترل تکانه	تعادل بین تحریک سیستم دلبستگی و ظرفیت ذهنی‌سازی معتبرسازی همدلانه؛ اطمینان، حمایت و همدلی در نوجوان دارای رفتار خودآسیب.
جلسه نهم و دهم	افزایش آگاهی از حالات ذهنی دیگران	شناسایی چرخه خودآسیبی/ تمرکز بر الگوهای تعاملی تکرارشونده/اکتشاف تجربهٔ درمانجو در روابط فعلی با درمانگر/ تمرکز بر روند درمان از روایت به سمت دیدگاه جایگزین. جستجوی نقطه آسیب‌پذیری، توقف و بازگشت به نقطه‌ای پیش از مرحله از دست رفتن ذهنی‌سازی.
جلسه یازدهم	افزایش استقلال و مسئولیت‌پذیری	ارائه راهبردهای بقا در بحران (مهارت‌های پرت کردن حواس، خودآرامسازی، مهارت‌های به‌سازی لحظات، تکنیک سود و زیان) به منظور جلوگیری از اقدامات تکانشی هنگام طوفان هیجانی.
جلسه دوازدهم	تثبیت و پایداری	برنامه‌ریزی برای حفظ ذهنی‌سازی و تحریک توان‌بخشی و تغییر تقویت توانایی‌های روانشناختی برای بهره‌گیری از ظرفیت ذهنی‌سازی؛ تحریک زندگی غنی و مؤثر؛ تقویت مهارت‌های تفسیری و شنیداری پیشرفته و اعتقاد به تغییر -پذیری؛ افزایش استقلال و مسئولیت‌پذیری.

یافته‌ها

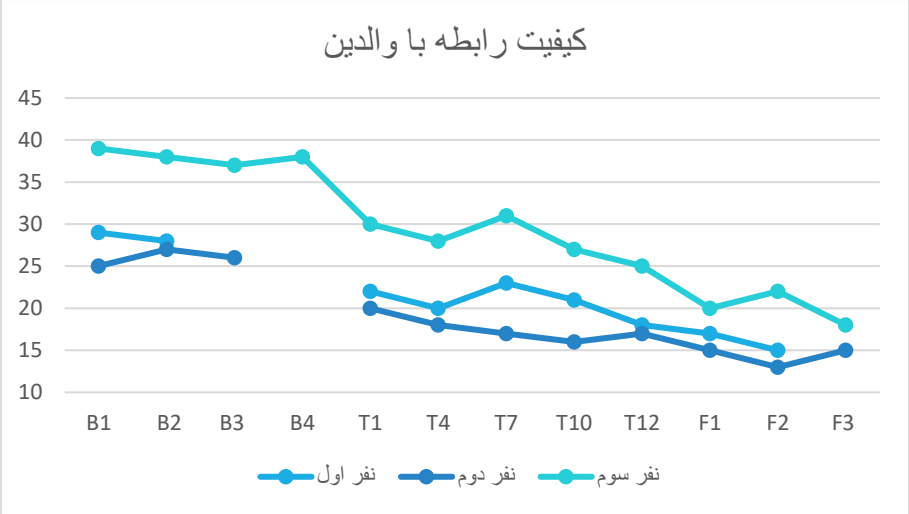
سه نفر داوطلب در پژوهش حاضر شرکت کردند. آزمودنی اول، دانش‌آموز دختر مقطع نهم، ۱۴ ساله، آزمودنی دوم، دانش‌آموز دختر، پایه نهم، ۱۴ ساله و آزمودنی سوم، دانش آموز دختر پایه نهم، ۱۵ ساله بودند. جدول ۲ نمره‌های کیفیت رابطه با والدین دانش‌آموزان دارای رفتار خودآسیبی را که داوطلب شرکت در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بودند، در سه مرحله‌ی خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول۲. روند تغییر مراحل درمان مبتی بر ذهنی‌سازی سه نوجوان دارای رفتار خودآسیبی در مقیاس بهبود کیفیت رابطه با والدین

مراحل درمان	نوجوان اول	نوجوان دوم	نوجوان سوم
		خط پایه	
خط پایه اول	۲۹	۲۵	۳۹
خط پایه دوم	۲۸	۲۷	۳۸
خط پایه سوم	–	۲۶	۳۷
خط پایه چهارم	–	–	۳۸
میانگین مرحله خط پایه	۲۸/۵۰	۲۶	۳۸
		درمان	
جلسه اول	۲۲	۲۰	۳۰
جلسه چهارم	۲۰	۱۸	۲۸
جلسه هفتم	۲۳	۱۷	۳۱
جلسه دهم	۲۱	۱۶	۲۷
جلسه دوازدهم	۱۸	۱۷	۲۵
میانگین مرحله درمان	۲۰/۸۰	۱۷/۰۶	۲۸/۲۰
شاخص تغییر پایا (درمان)	۳/۵۰	۲/۶۳	۳/۹۱
درصد بهبودی پس از درمان	۲۷/۰۱	۳۴/۳۸	۲۵/۷۸
		پیگیری	
پیگیری نوبت اول	۱۷	۱۵	۲۰
پیگیری نوبت دوم	۱۵	۱۳	۲۲
پیگیری نوبت سوم	–	۱۵	۱۸
میانگین مرحله پیگیری	۱۶	۱۴/۳۳	۲۰
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۲/۴۴	۲/۲۸	۳/۵۲
درصد بهبودی پس از پیگیری	۴۳/۸۵	۴۴/۸۸	۴۷/۳۶

داده‌های جدول ۲ نشان‌دهنده بهبود کیفیت رابطه با والدین نوجوانان خودآسیب در مراحل مداخله و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه است. میانگین نمره‌های تعارض با والدین برای سه شرکت‌کننده در مراحل خط پایه به ترتیب ۲۸/۵۰، ۲۶ و ۳۸ می‌باشد که بعد از پایان مداخلات به ترتیب تا ارقام ۲۰/۸۰، ۱۷/۰۶ و۲۸/۲۰ کاهش داشته‌اند. و در نهایت پس از سومین پیگیری درمانی، میانگین نمرات سه شرکت‌کننده برای متغیر تعارض با والدین به ترتیب ۱۶، ۱۴/۳۳ و ۲۰ ثبت شده است که، همچنان نسبت به مرحله خط پایه کاهش چشمگیری را نشان می‌دهد. همچنین درصد بهبودی تعارض با والدین برای نفر اول ۲۷/۰۱، برای نفر دوم ۳۴/۳۸ و برای نفر سوم ۲۵/۷۸ محاسبه شد. میزان شاخص پایا نیز در انتهای مرحله مداخله در سه شرکت‌کننده به ترتیب ۳/۵۰، ۲/۶۳ و ۳/۹۱می‌باشد. درصد بهبودی پس از سومین پیگیری درمانی برای سه شرکت‌کننده به ترتیب مقادیر ۴۳/۸۵، ۴۴/۸۸و ۴۷/۳۶ را نشان می‌دهد. شاخص تغییر پایا محاسبه شده در پایان سه مرحله پیگیری برای نفر اول ۲/۴۴، نفر دوم ۲/۲۸ و نفر سوم ۳/۵۲ است که با وجود اندکی کاهش نسبت به مرحله مداخله، همچنان بالاتر از ارزش z یعنی ۱/۹۶ و شایسته توجه است. بنابراین بر اساس می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود کیفیت روابط با والدین در نوجوانان خودآسیب‌رسان در مرحله درمان و در مرحله پیگیری، در طبقه بهبودی اندک قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تعارض بین فردی نوجوانان خودآسیب‌رسان است.

نمودار ۱ تغییرات نمرات تعارض با والدین شرکت‌کنندگان را در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری، به شکل دیداری گزارش می‌دهد.



نمودار ۱: سه شرکت‌کننده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

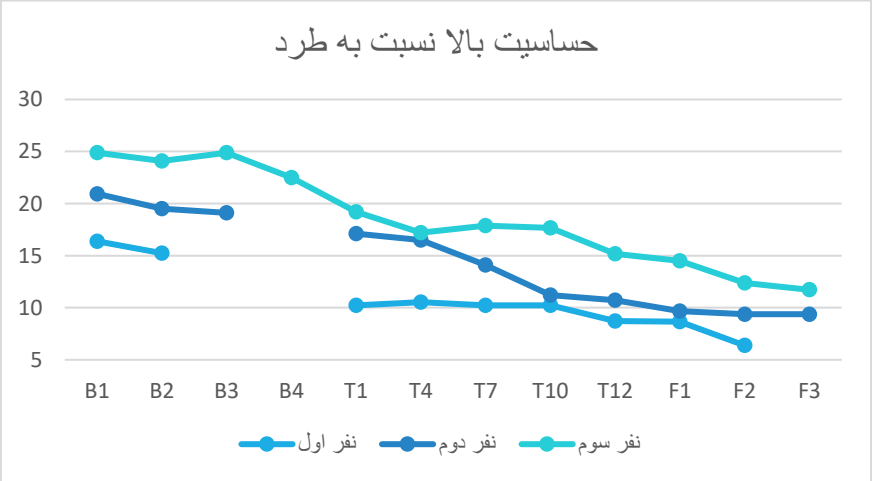
نمودار ۱ نشان می‌دهد میانگین و سطح نمره‌های تعارض با والدین هر سه نوجوان در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش پیدا کرده است. نمودار ۱ شیب نزولی نمره‌های تعارض با والدین درمانجویان را در سه نقطه از مرحله مداخله، اثربخشی مداخلات درمانی، به وضوح به تصویر می‌کشد. نمره‌های تعارض با والدین پس از پیگیری‌های دوماهه مجدداً اندکی رشد کرده‌اند اما همچنان به طور معناداری کمتر از نمرات مرحله خطوط پایه هستند. از درصدهای بهبودی، شاخص‌های تغییر پایا و تحلیل نمودار اینگونه برمی‌آید که این تغییرات، نظام‌دار و حاصل مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی بوده است.

جدول ۳. روند تغییر مراحل درمان مبتی بر ذهنی‌سازی سه نوجوان دارای رفتار خودآسیبی در مقیاس حساسیت بالا نسبت به طرد

مراحل درمان	نوجوان اول	نوجوان دوم	نوجوان سوم
		خط پایه	
خط پایه اول	۱۶/۳۸	۲۰/۹۴	۲۴/۸۸
خط پایه دوم	۱۵/۲۳	۱۹/۵۰	۲۴/۰۸
خط پایه سوم	–	۱۹/۱۱	۲۴/۸۸
خط پایه چهارم	–	–	۲۲/۵۰
میانگین مرحله خط پایه	۱۵/۸۰	۱۹/۸۵	۲۴/۰۸
		درمان	
جلسه اول	۱۰/۲۳	۱۷/۱۱	۱۹/۲۱
جلسه چهارم	۱۰/۵۳	۱۶/۵۰	۱۷/۲۲
جلسه هفتم	۱۰/۲۲	۱۴/۱۱	۱۷/۸۸
جلسه دهم	۱۰/۲۲	۱۱/۲۲	۱۷/۶۶
جلسه دوازدهم	۸/۷۲	۱۰/۷۲	۱۵/۱۸
میانگین مرحله درمان	۹/۹۸	۱۳/۹۳	۱۷/۴۳
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۵۰	۲/۵۵	۲/۸۶
درصد بهبودی پس از درمان	۳۶/۸۳	۲۹/۸۲	۲۷/۶۱
		پیگیری	
پیگیری نوبت اول	۸/۶۶	۹/۶۶	۱۴/۵۰
پیگیری نوبت دوم	۶/۳۸	۹/۳۸	۱۲/۳۸
پیگیری نوبت سوم	–	۹/۳۸	۱۱/۷۲
میانگین مرحله پیگیری	۷/۵۲	۹/۴۷	۱۲/۸۶
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۳/۵۶	۴/۴۷	۴/۸۳
درصد بهبودی پس از پیگیری	۵۲/۴۰	۵۲/۲۹	۴۶/۵۹

داده‌های جدول ۲ نشان‌دهنده کاهش حساسیت بالا نسبت به طرد در نوجوانان خودآسیب در مراحل مداخله و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه است. میانگین نمره‌های حساسیت بالا نسبت به طرد برای سه شرکت‌کننده در مراحل خط پایه به ترتیب ۱۵/۸۰، ۱۹/۸۵ و ۲۴/۰۸ می‌باشد که بعد از پایان مداخلات به ترتیب تا ارقام ۹/۹۸، ۱۳/۹۳ و۱۷/۴۳ کاهش داشته‌اند. و در نهایت پس از سومین پیگیری درمانی، میانگین نمرات سه شرکت‌کننده برای متغیر حساسیت بالا نسبت به طرد به ترتیب ۷/۵۲، ۹/۴۷ و ۱۲/۸۶ ثبت شده است که، همچنان نسبت به مرحله خط پایه کاهش چشمگیری را نشان می‌دهد. همچنین درصد بهبودی حساسیت بالا نسبت به طرد برای نفر اول ۳۶/۸۳، برای نفر دوم ۲۹/۸۲ و برای نفر سوم ۲۷/۶۱ محاسبه شد. میزان شاخص پایا نیز در انتهای مرحله مداخله در سه شرکت‌کننده به ترتیب ۲/۵۰، ۲/۵۵ و ۲/۸۶می‌باشد. درصد بهبودی پس از سومین پیگیری درمانی برای سه شرکت‌کننده به ترتیب مقادیر ۵۲/۴۰، ۵۲/۲۹و ۴۶/۵۹ را نشان می‌دهد. شاخص تغییر پایا محاسبه شده در پایان سه مرحله پیگیری برای نفر اول ۳/۵۶، نفر دوم ۴/۴۷ و نفر سوم ۴/۸۳ است که با وجود اندکی کاهش نسبت به مرحله مداخله، همچنان بالاتر از ارزش z یعنی ۱/۹۶ و شایسته توجه است. بنابراین بر اساس می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش حساسیت بالا نسبت به طرد در نوجوانان خودآسیب‌رسان در مرحله درمان و در مرحله پیگیری، در طبقه بهبودی بالا قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش حساسیت بالا نسبت به طرد نوجوانان خودآسیب‌رسان است.

نمودار ۲ تغییرات نمرات حساسیت بالا نسبت به طرد را در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری، به شکل دیداری گزارش می‌دهد.



نمودار ۲: سه شرکت‌کننده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

همانطور که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و سطح نمرات حساسیت بالا نسبت به طرد آزمودنی‌ها در مراحل مداخله و پیگیری به نسبت مرحله خطوط پایه افت پایدار داشته است. این تحلیل دیداری در کنار معناداری درصدهای بهبودی و شاخص‌های تغییر پایا، نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش حساسیت بالا نسبت به طرد نوجوانان خودآسیب‌رسان، به طور معناداری مؤثر است.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت رابطه با والدین و حساسیت بالا نسبت به طرد نوجوانان خود آسیب بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تأثیر معناداری بر بهبود کیفیت رابطه با والدین در نوجوانان خود آسیب دارد. این یافته‌ها به طور کلی با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است (Bales et al., 2012; Bo et al., 2017; Karimi et al., 2019). در پژوهشی به اثربخشی الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی برکیفیت روابط خانواده و رفتار آسیب به خود در نوجوانان دختر پرداختند. روش پژوهش به صورت طرح نیمه آزمایشی با گروه آزمایشی و کنترل بود. یافته‌ها نشان داد بین میانگین کیفیت روابط

خانواده و ذهنی‌سازی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود داشت همچنین فراوانی اقدام به خودآسیبی در گروه آزمایش به صورت معناداری کاهش یافت (Karimi et al., 2019). همچنین در مطالعه دیگری اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شدید مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد رفتارهای اقدام به خودکشی و خودآسیبی به میزان قابل توجهی در بیماران در مرحله درمان و پیگیری کاهش یافت (Bales et al., 2012). همچنین بهبودی در علائم اختلال شخصیت مرزی، افسردگی، خودآسیبی، دلبستگی به همسالان، دلبستگی به والدین، در پژوهشی که به اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر درمان نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداخته شد، حاصل گردید (Bo et al., 2017).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت ذهنی‌سازی، یک ساختار چندبعدی است که ابعاد پردازش اصلی آن توسط سیستم‌های عصبی متمایز پشتیبانی می‌شود. شامل یک مؤلفه خودانعکاسی و یک مؤلفه بین‌فردی است. همچنین مبتنی بر مشاهده دیگران و تأمل در حالات ذهنی آن‌هاست که هم به احساسات و هم به شناخت مربوط می‌شود (Fonagy & Luyten, 2009). هنگامی که آن‌ها در ترکیب بهینه با هم کار می‌کنند، سیستم‌های عصبی زیربنای این مؤلفه‌ها فرد را قادر می‌سازد حالات ذهنی علّی را بازنمایی کند، واقعیت درونی را از بیرونی متمایز کند، حالات ذهنی دیگران را از نشانه‌های رفتاری و زمینه‌ای ظریف استنتاج کرده و نهایتا رفتار سازگار را بسازد. اما تعادل ظریف این سیستم‌ها را می‌توان با غفلت و ضربه مختل کرد. مطابق با نظریه دلبستگی رابطه اولیه نوزاد با مراقبانش مهد ذهنی‌سازی است. و رشد ذهنی‌سازی به کیفیت محیط یادگیری اجتماعی، رابطه والد- کودک و به طور خاص سبک دلبستگی اولیه بستگی دارد. بنابراین توانایی ذهنی‌سازی در چارچوب یک رابطه دلبستگی ایجاد می‌شود (Clarke et al.,2020). مطالعات نشان می‌دهد ریشه بسیاری از مشکلات در تنظیم هیجان، کنترل توجه و خودکنترلی ناشی از روابط دلبستگی ناکارآمد است که منجر به شکست در ذهنی‌سازی می‌شود. در شکست ذهنی‌سازی، ذهن تفسیر اشتباهی از تجربه خودش از خودش و از دیگران می‌کند تا جایی که تصور ذهنی از دیگران بر اساس تجربه فرد از خودش استنباط می‌شود (Bateman &Fonagy, 2016) .بنابراین شکست ذهنی‌سازی ابتدا در تعاملات خانوادگی اتفاق می‌افتند. اما با توجه به آموختنی بودن مهارت‌های تنظیم هیجان، خودکنترلی به منظور حل تعارض و عمق‌بخشی به روابط بین‌فردی می‌توان حتی اگر فرد در تنظیم این مهارت‌ها از سوی خانواده دچار مشکل شده باشد در مراحل بعدی با آموزش مهارت‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی این موارد در او بهبود یابد. از آنجا که نوجوانان دارای رفتار خودآسیبی وقتی در معرض فشار زیاد قرار می‌گیرند، توانایی خود را برای فکر کردن به افکار و احساسات دیگران از دست می دهند، هدف اولیه جلسات مداخله مبتنی بر ذهنی‌سازی، بازگرداندن ذهنیت در صورت از دست دادن یا کمک به حفظ آن در شرایطی است که ممکن است از بین برود (Bateman & Fonagy, 2016). در این جلسات به نوجوان دارای رفتارخودآسیب این امکان داده می‌شود تا بر روی جزئیات فرآیند ذهنی‌سازی در یک رابطه دلبستگی نزدیک تمرکز کنند. هنگامی که توسط درمانگر به دقت برای سطوح برانگیختگی مدیریت می‌شوند، تمرین ذهنی‌سازی در یک فرآیند تعاملی پیچیده‌تر تسهیل می‌شود. سپس به این موضوع پرداخته می‌شود که حالات هیجانی شدید، ظرفیت ذهنی‌سازی را از مسیر خود خارج می‌کنند و موجب شکست ذهنی‌سازی می‌شود. هنگامی که این اتفاق می‌افتد، نوجوان دارای رفتار خودآسیب تمرکز خود را بر روی فرآیندهای ذهنی خود و شخص مقابل از دست می‌دهد (Bateman, 2020). در مواجهه با شکست ذهنی‌سازی، درمانگر سعی می‌کند به نوجوان توضیح دهد که فرد باید به آنچه قبل از شکست اتفاق افتاده است برگردد و سپس تلاش می‌کند تا بستر عاطفی و همچنین بین‌فردی را که در آن شکست رخ داده است، مشخص کند (Bateman & Fonagy, 2022). همانطور که قبلاً اشاره شد، فرض درمانی زیربنایی این است که چنین شکست‌هایی ناشی از یک هیجان ذهنی‌سازی نشده در یک بستر بین‌فردی است و هنگامی که این شناسایی و درک شد، توانایی‌های ذهنی‌سازی (لحظه‌ای) بازیابی خواهند شد. در واقع، تفسیرهای نادرست و فرضیات درباره حالات ذهنی و نیات دیگران اغلب منجر به احساسات بسیار قوی می‌شوند که می‌توانند به رفتار تکانشی منجر شوند، با تأمل دقیق‌تر بر حالات درونی خود و ایجاد کنجکاوی بیشتر در مورد حالات ذهنی دیگران، نوجوانان دارای رفتار خوآسیب کمتر توسط اضطراب‌های رها شدن غرق می‌شوند

و کمتر در معرض فروپاشی عزت نفس قرار می‌گیرند، که از آن‌ها در برابر طوفان‌های عاطفی و در نتیجه نیاز به عمل‌زدگی محافظت می‌کند(Bateman, 2020).

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تأثیر معناداری زمینه کاهش حساسیت بالا نسبت به طرد در نوجوانان خود آسیب دارد. این یافته‌ها در زمینه کاهش حساسیت بالا نسبت به طرد با پژوهش‌های پیشین همسو است (Maleki, 2025; Moradi et al., 2024; Ramadas et al., 2024). در پژوهشی به بررسی مشکلات تنظیم هیجان و توانایی ذهنی‌سازی و نقش آن در حساسیت بالا نسبت به طرد در زنان دارای تجربه تروما پرداخته شد. نتایج نشان داد که مشکلات در تنظیم هیجان و توانایی ذهنی‌سازی در حساسیت بالا نسبت به طرد نقش مهمی دارد (Ramadas et al., 2024). همچنین در مطالعه دیگری بررسی تاثیر درمان مبتنی برذهنی-سازی بر مشکلات پرخاشگری و تنظیم هیجان در نوجوانان پسر دارای اختلال افسردگی پرداخته شد. نتایج نشان داد این رویکرد درمانی می‌تواند، برای حل مشکلات تنظیم عاطفی و پرخاشگری در این گروه سنی اثرگذار باشد (Maleki, 2025). در مطالعه دیگری به تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر حساسیت بین‌فردی نوجوانان دارای مشکلات هیجانی- رفتاری پرداخته شد. نتایج نشان داد این رویکرد درمانی تاثیر معناداری بر متغیرهای روان‌شناختی آگاهی بین‌فردی، عزت نفس، کمرویی و حساسیت بین‌فردی نوجوانان دختر دارد (Moradi et al., 2024). در تبیین آن می‌توان گفت آنچه که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را از دیگر درمان‌ها متمایز می‌کند، تأکید بر ارتقای ذهنی‌سازی به عنوان هدف اولیه مداخله است. این رویکرد شامل توجه ویژه به سطوح برانگیختگی، تمرکز بر شناسایی لحظاتی که ظرفیت ذهنی‌سازی مراجع از بین می‌رود، همدلی، اعتباربخشی، شفاف‌سازی، کاوش و چالش و ذهنی‌سازی خود رابطه درمانی است. در طول این فرآیند، درمانگر با قرار گرفتن در موضع نادانا تلاش می‌کند که ذهنی‌سازی خودرا نیزحفظ کند (Bateman &Fonagy, 2016).

مطابق با نظریه ذهنی‌سازی افرادی که حساسیت بالا نسبت به طرد دارند به دلیل تجارب طرد مختلف در گذشته، در تنظیم ارزیابی‌های هیجانی خود در پاسخ به نشانه‌ها طرد شکست می‌خورند. مشکلات ذهنی‌سازی دراین افراد به صورت «کاهش توانایی ذهنی‌سازی یا کم ذهنی‌سازی[1]» ظاهر می‌شود (Fonagy & Luyten, 2009). این افراد در درک افکار، احساسات، نیات خود و دیگران توانایی کمی دارند. به عبارتی این افراد در تعدیل مراحل مختلف پردازش اطلاعات هیجانی در خود یا دیگران دچار مشکل‌اند. این امر باعث می‌شود که آن‌ها، استراتژی‌های کمتر سازگار و بیشتر ناکارآمد برای تنظیم هیجانات خود به کار برند. به عبارت دیگر احساس طرد شدن باعث ایجاد یک سری واکنش‌های شناختی-هیجانی (مانند اضطراب، سرزنش وخشم نسبت به خود) و رفتاری ناسازگارانه (مانندکناره‌گیری اجتماعی و آسیب‌رسانی) می‌شود. این واکنش‌ها به طرد اجتماعی دامن زده و چرخه طرد را تداوم می‌بخشد (Ramadas et al., 2024). نوجوانانی که حساسیت نسبت به طرد بالا دارند، بیشتر از همتایان خود با حساسیت طرد پایین، از مشکلات بین‌فردی و ناسازگاری درون‌فردی رنج می‌برند. مطالعات نشان می‌دهد حساسیت بالا نسبت به طرد منجر به خصومت، حسادت، کناره‌گیری، پرخاشگری و نارضایتی در رابطه می‌شود و فرد برای فرار از مشکلات بین‌فردی و ناسازگاری درون‌فردی اقدام به رفتارهای خودآسیبی می‌کند (Downey et al., 1998). هدف درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، تلاش برای افزایش انعطاف پذیری ظرفیت‌های ذهنی نوجوانان دختر دارای رفتار خودآسیبی است. به همین منظور در جلسات انفرادی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به آموزش روان‌شناختی و مثال‌هایی بر اساس تجربیات خودآسیب این نوجوانان مورد بحث گرفت. در این جلسات از نوجوان خواسته نشد که به عمق تجارب نسبت به طرد در گذشته برود. حالتی‌که فرد ممکن است برای فرار از آن به خودآسیبی دست بزند (Bateman, 2020). بلکه درمانگر به اهمیت بازگو کردن تجارب نسبت به طرد نوجوان دارای رفتار خودآسیبی تأکید کرد. درمانگر همچنین در جلسات درمانی سعی کرد با آموزش تمرین روش‌های مثبت که نوجوان دارای رفتارخودآسیب برای مدیریت حالات احساسی خود در زمان‌هایی که تجارب بالا نسبت به طرد دارند، زمان بودن در چنین حالت‌هایی را کاهش دهد،

1 . hypomentalizing

چراکه در چنین حالت‌های است که فرد می‌تواند کارهای خودآسیبی زیادی انجام دهد. بنابراین مطابق با آنچه گفته شد می‌توان از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به عنوان روش درمانی در کنترل رفتار، افزایش تنظیم هیجان، تقویت انعطاف‌پذیری در دیدگاه‌گیری، پردازش انطباقی و تنظیم‌شده برانگیختگی هیجانی و تعمیم مهارت‌های انطباقی خاصی نام برد که هدف نهایی آن، کمک به بهزیستی روانی نوجوان است (Moradi et al., 2024).

در بررسی محدودیت‌های پژوهش‌های تک آزمودنی، می‌توان به تعداد کم نمونه‌ها اشاره کرد که قابلیت تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد. پژوهشگران علاقه‌مند می‌توانند برای بهبود دقت و ارزیابی بهتر روایی این رویکرد درمانی، نمونه‌های بیشتری را در قالب طرح‌های آزمایشی وارد کنند. یکی دیگر از محدودیت‌ها، مربوط به جامعه هدف این مطالعه است. این جامعه شامل دانش‌آموزان دارای رفتار خودآسیبی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره آموزش و پرورش بود. این گروه خاص ممکن است ویژگی‌های مشترکی داشته باشند که بر نتایج درمان تأثیر بگذارد. پژوهشگران دیگر می‌توانند با استفاده از فراخوان‌های عمومی، دامنه جامعه هدف خود را گسترش دهند. علاوه بر این، برای مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی میان دانش‌آموزان دختر و پسر، کنترل متغیر جنسیت از سوی پژوهشگران علاقه‌مند توصیه می‌شود. در نهایت، با توجه به تأثیر مثبت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود کیفیت رابطه با والدین و حساسیت بالا نسبت به طرد در نوجوانان دارای رفتار خودآسیب، به درمانگران پیشنهاد می‌شود که این شیوه را به‌عنوان گزینه‌ای مؤثر برای درمان افرادی با سابقه خودآسیبی در نظر بگیرند.

سهم مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان در اجرا و نوشتن مقاله سهیم بودند.

سپاس‌گزاری

بدین وسیله از کلیه عوامل اجرایی که که در این پژوهش همکاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تضاد منافع

بنا به اظهار نویسندگان هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع مالی

پژوهش حاضر از هیچ مؤسسه‌ای حمایت مالی نداشته و کلیه هزینه‌های فرایند تحقیق بر عهده محققین بوده است.

Reference

Alvarez-Subiela, X.,Castellano-Tejedor, C., Villar-Cabeza, F., Vila-Grifoll, M., & Palao-Vidal, D. (2022). Family factors related to suicidal behavior in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(16), 1-15. https://doi.org/10.3390/ijerph19169892

Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, dayhospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlan. *Journal of Personality Disorders, 26* (4), 568-582. https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.568

Ball Cooper, E., Anderson, J. L., Sharp, C., Langley, H. A., & Venta, A. (2021). Attachment, mentalization, and criterion B of the alternative DSM-5 model for personality disorders (AMPD). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 8*, 1-14. 10.1186/s40479-021-00163-9

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide. *Oxford University Press.*
https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001

Bateman, A. W. (2020). *Mentalization-based treatment for BPD. Borderline Personality Disorder.* Routledge. https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x

Bateman, A. W. (2022). Mentalizing and group psychotherapy: A novel treatment for antisocial personality disorder. *American journal of Psychotherapy, 75*(1), 32-37. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210023

Bateman, A., & Fonagy, P. (Eds.). (2022). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide* (A. Aminzadeh, Trans.). Arjmand Publications. [In Persian] https://search.eitaa.com/?url=https://www.arjmandpub.com/Media/Book/2400.jpg

Berk, M. S., Starace, N. K., Black, V. P., & Avina, C. (2020). Implementation of dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents in a community clinic. *Archives of Suicide Research, 24*(1), 64-81. https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1509750

Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M., & Simonsen, E. (2017). First empirical evaluation of outcomes for mentalization-based group therapy for adolescents with BPD. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 8*(4), 396-401. https://doi.org/10.1037/per0000210

Chen, M. Z. (2023). Association of family function and suicide risk in teenagers with a history of self-harm behaviors: Mediating role of subjective wellbeing and depression. *Frontiers in Public Health, 1164999*, 11. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1164999

Clarke, A., Meredith, P. J., & Rose, T. A. (2020). Exploring mentalization, trust, communication quality, and alienation in adolescents. *Plos One, 15*(6), 1-21. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234662

Crichton, J., Ibisomi, L., & Gyimah, S. O. (2012). Mother–daughter communication about sexual maturation, abstinence and unintended pregnancy: Experiences from an informal settlement in Nairobi, Kenya. *Journal of Adolescence, 35*(1), 21-30. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.008

Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(6), 1327-1343. https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1327

Downey, G., Lebolt, A., Rincón, C., & Freitas, A. L. (1998). Rejection sensitivity and children's interpersonal difficulties. *Child Development, 69*(4), 1074-1091. doi: https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06161.x

Esposito, C., Bacchini, D., & Affuso, G. (2019). Adolescent non-suicidal self-injury and its relationships with school bullying and peer rejection. *Psychiatry Research, 274*, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.018

Flykt, M., Vänskä, M., Punamäki, R. L., Heikkilä, L., Tiitinen, A., Poikkeus, P., & Lindblom, J. (2021). Adolescent attachment profiles are associated with mental health and risk-taking behavior. *Frontiers in Psychology, 12*, 761864. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.761864

Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 21*(4), 1355-1381. https://doi.org/10.1017/S0954579409990198

Fox, K. R., Huang, X., Guzmán, E. M., Funsch, K. M., Cha, C. B., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2020). Interventions for suicide and self-injury: A meta-analysis of randomized controlled trials across nearly 50 years of research. *Psychological Bulletin, 146*(12), 1117-1145. https://doi.org/10.1037/bul0000305

Gao, S., Assink, M., Liu, T., Chan, K., & Ip, P. (2021). Associations between rejection sensitivity, aggression, and victimization: A meta-analytic review. Trauma, Violence, & Abuse . *22*(1), 125-135. https://doi.org/10.1177/1524838019833005

Gautam, N., Dessie, G., Rahman, M. M., & Khanam, R. (2023). Socioeconomic status and health behavior in children and adolescents: A systematic literature review. *Frontiers in Public Health, 11*, 1-23. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1228632

Giovanelli, A., Ozer, E. M., & Dahl, R. E. (2020). Leveraging technology to improve health in adolescence: A developmental science perspective. *Journal of Adolescent Health, 67*(2), S7-S13. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.020

Glenn, C. R., Esposito, E. C., Porter, A. C., & Robinson, D. J. (2019). Evidence base update of psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48*(3), 357-392. https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1591281

Grażka, A., & Strzelecki, D. (2023). Early maladaptive schemas and schema modes among people with histories of suicidality and the possibility of a universal pattern: A systematic review . *Brain Sciences, 13*(8), 1-22. https://doi.org/10.3390/brainsci13081216

Haj Mohamad Hoseini, T., Mirzahoseini, H., & ZarghamHajebi, M. (2021). Comparison of the effectiveness of Mentalization-based therapy and affect phobia therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder and depression. *MediIcal Journal of Mashhad University of MediIcal Sciences, 64*(1), 2631-2641. [In Persian] https://doi.org/10.22038/MJMS.2021.19026

Hosseni Ghadamgahi J, Dejkam M, bayanzadeh S A, Phaze A. (1998). The quality of relationship, stress and coping strategy in patients with coronary heart disease. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 4* (1), 14-25.[In Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1719-en.html

Joiner Jr, T. E., Brown, J. S., & Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu. Rev. Psychol, 56*(1), 287-314. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070320

Karimi, F., Farahbakhsh, K., Salimi-Bajestani, H., & Motamedi, A. (2019). The effectiveness of the Mindfulness-Based Model (MBT-A) on the quality of family relationships and self-harm behavior in adolescent girls. *Journal of Sabzevar University of Medical, 27(*2), 257-265.[In Persian] https://www.magiran.com/p2153911

Khoshkam, S., Bahrami, F., Rahmatollahi, F., & Najarpourian, S. (2014). Psychometric properties of the Rejection Sensitivity Questionnaire in Students. *Psychological Research, 17* (33), 24-44. [In Persian] http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-329-fa.html

Kiefer, M., Sim, E. J., Heil, S., Brown, R., Herrnberger, B., Spitzer, M., & Grön, G. (2021). Neural signatures of bullying experience and social rejection in teenagers. *PLoS One, 16*(8), 1-16. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255681

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence . *Clinical Psychology Review, 27*(2), 226-239. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002

Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *51*(7), 1057-1067. https://doi.org/10.1017/S0033291721001355

Maleki, B. (2025). Effectiveness of mentalization-based therapy on the aggression and emotional regulation difficulties of depressed male adolescents. *Current Psychology*, *44*(16), 13924-13932. https://doi.org/10.1007/s12144-025-08131-0

Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., & Grøholt, B. (2016). Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: Outcomes over a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *55*(4), 295-300. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003

Miché, M., Hofer, P. D., Voss, C., Meyer, A. H., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., & Lieb, R. (2020). Specific traumatic events elevate the risk of a suicide attempt in a 10-year longitudinal community study on adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry, 29*(2), 179-186. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01335-3

Miner, C. L., Love, H. A., & Paik, S. E. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescents: Addressing the function and the family from the perspective of systemic family therapies. *The American Journal of Family Therapy, 44*(4), 211–220. **https://doi.org/80/01926187.2016.1150798**

Moradi, K., Dehghani, A., Ghamarani, A., & Gorgi, Y. (2024). The effectiveness of mentalization-based therapy on interpersonal sensitivity of ado-lescents with behavioral-emotional problem. *Quarterly Journal of Social Work*, *13*(2), 15-23. http://socialworkmag.ir/article-1-896-en.html

Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2010). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal Of Abnormal Psychology, 118*(4), 816-827. https://doi.org/10.1037/a0016948

Opie, J. E., McIntosh, J. E., Esler, T. B., Duschinsky, R., George, C., Schore, A., & Olsson, C. A. (2021). Early childhood attachment stability and change: A meta-analysis. *Attachment & Human Development, 23*(6), 897-930. https://doi.org/10.1080/14616734.2020.1800769

O'Reilly, L. M., Pettersson, E., Quinn, P. D., Klonsky, E. D., Baldwin, J. R., Lundström, S., & D'Onofrio, B. M. (2021). A co-twin control study of the association between bullying victimization and self-harm and suicide attempt in adolescence. *Journal of Adolescent Health, 69*(2), 272-279. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.11.018

Pace, C. S., Muzi, S., Morganti, W., & Steele, H. (2023). Attachment stability and longitudinal prediction of psychotic-like symptoms in community adolescents over four months of COVID-19 pandemic . *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(16), 1-13. https://doi.org/10.3390/ijerph20166562

Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(6), 1028-1039. https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.6.1028

Quirk, S. W., Wier, D., Martin, S. M., & Christian, A. (2015). The influence of parental rejection on the development of maladaptive schemas, rumination, and motivations for self-injury. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 37*(2), 283-295. https://doi.org/10.1007/s10862-014-9453-y

Ramadas, L., Doba, K., Mesquita, A. R., Wawrziczny, E., & Nandrino, J. L. (2024). Role of emotion regulation and mentalizing in rejection sensitivity: The specific relationship to potentially psychologically traumatic event. *Personality and Individual Differences, 218*, 112461. https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112461

Reichl, C., & Kaess, M. (2021). Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology, 37*, 139-144. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.12.007

Rienecke, R. D., Trotter, X., & Jenkins, P. E. (2024). A systematic review of eating disorders and family functioning. *Clinical Psychology Review, 112*, 102462. https://doi.org/ 10.1016/j.cpr.2024.102462

Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry, 51*(12), 1304-1313. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018

Viejo, C., Monks, C. P., Sánchez-Rosa, M., & Ortega-Ruiz, R. (2019). Attachment hierarchies for Spanish adolescents: Family, peers and romantic partner figures. *Attachment & Human Development, 21*(6), 551-570. https://doi.org/10.1080/14616734.2018.1466182

Williams, R., Andreassi, S., Moselli, M., Fantini, F., Tanzilli, A., Lingiardi, V., & Laghi, F. (2023). Relationship between executive functions, social cognition, and attachment state of mind in adolescence: An explorative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(4), 1-14. https://doi.org/10.3390/ijerph20042836

Wong, R. S., Tung, K. T., Chow, K. H., Law, A. R., Ho, F. K., Chan, K. L., & Ip, P . (2023). Exploring the role of family communication time in the association between family dinner frequency and adolescent psychological distress. *Current Psychology, 42*(16), 13868-13876. https://doi.org/10.1007/s12144-021-02639-x

Yu, X., Zhang, Y., & Xin, S. (2024). Longitudinal and bidirectional relationships between parental rejection, peer attachment, and adolescent depression. *Children and Youth Services Review, 160*, 107601. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.912441