

July-August 2020, Volume 8, Issue 3

The Effectiveness of Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy on Mentalization in Non-suicidal Self-injurious People

Laleh Moradzadeh Khorasani¹, Bahram Mirzaian^{2*}, Ramazan Hassanzadeh³

1- PhD of Psychology, Islamic Azad University Sari Branch Faculty of Humanity Science Department of General Psychology, Iran.

2.-Associate Professor,, Department of General Psychology Islamic Azad University Sari Branch Faculty of Humanity Science Department of General Psychology, Iran (**Corresponding author**)

E-mail: Bahrammirzaian@gmail.com

3.-Professor, Department of General Psychology Islamic Azad University Sari Branch Faculty of Humanity Science Department of General Psychology, Iran.

Received: 27 April 2020

Accepted: 21 July 2020

Abstract

Introduction: Research evidence suggests that mentalization, the capacity to reflect on the mental states of one's self and others, is impaired in individuals with non-suicidal intentions. The aim of the present study was to investigate the effectiveness of short-term dynamic scanning psychoanalysis on mental retardation in non-suicidal individuals.

Methods: For this purpose, within the framework of a single-trial experimental design of multiple lanes with stepped entry of 5 counseling centers in Alborz province using Structured Clinical Interview Diagnostic Tools (SCID-II) and Millon Personality Inventory (MCMI-III) based on the sample method The available treatments were selected and were individually briefed for 20 sessions of intensive short-term psychotherapy in six stages (pre-treatment, after 4, 8, 12, 16 and 20 sessions). 2 months of follow-up were assessed by the mental retardation questionnaire (RFQ-54) and the Self-report Behavioral Behavior Inventory (ISAS). Cohen's index, percentage of remission and effect size were used to determine clinical significance.

Results: The results of the data analysis showed that intensive short-term dynamic psychotherapy is effective on increasing subjective and self-injurious behaviors of individuals with non-suicidal intent.

Conclusions: According to the results of this study, it can be concluded that intensive short-term dynamic psychotherapy is a good option for increasing the capacity of mentalizing and reducing self-injurious behaviors in people with non-suicidal intent.

Keywords: Intensive Short-Term Psychotherapy, Mentalization, and Self- Behaviors for Non-Suicidal Intent.

اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دوانلو بر ذهنی سازی در افراد دارای رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیر خودکشی

لاله مرادزاده خراسانی^۱، بهرام میرزاییان^{۲*}، رمضان حسن زاده^۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: Bahrammirzaian@gmail.com

۳- استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۸

چکیده

مقدمه: شواهد پژوهشی حاکی از این است که ذهنی سازی یعنی ظرفیت تأمل حالت های ذهنی خود و دیگران در افراد دارای رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیر خودکشی، دچار نقص می باشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده دوانلو بر ذهنی سازی در افراد خودآسیب رسان به قصد غیر خودکشی بود.

روش کار: بدین منظور در چهارچوب طرح تجربی تک آزمودنی خطوط چندگانه با ورود پلکانی ۵ نفر از مراکز مشاوره استان البرز (۱۳۹۸) با استفاده از ابزارهای تشخیصی مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-II) و پرسشنامه شخصیت میلون (MCMI-III) بر اساس روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت انفرادی طی ۲۰ جلسه تحت مداخله روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده قرار گرفتند و در هفت مرحله (قبل از درمان، بعد از جلسه های ۴، ۸، ۱۲، ۱۶ و ۲۰ ماه پیگیری به وسیله پرسشنامه های ذهنی سازی (RFQ-54) و سیاهه رفتارهای خودآسیب رسان (ISAS) ارزیابی شدند. به منظور تحلیل داده ها از شاخص های تغییر روند، شیب، بازبینی نمودارها و برای تعیین معناداری بالینی از شاخص کوهن، درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

یافته ها: نتایج تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر افزایش ذهنی سازی و کاهش رفتارهای خودآسیب رسان افراد دارای رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیر خودکشی مؤثر است.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این پژوهش می توان گفت روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده گزینه مناسبی برای افزایش ظرفیت ذهنی سازی و کاهش رفتارهای خودآسیب رسان در افراد دارای رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیر خودکشی می باشد.

کلیدواژه ها: روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده، ذهنی سازی، رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیر خودکشی.

مقدمه

آسیب فیزیکی جزئی یا متوسط خواهد شد (یعنی اقدام به خودکشی وجود ندارد)» همچنین از نظر انجمن بین المللی مطالعه خودآسیب رسانی (۲) خودآسیب رسانی به قصد غیر خودکشی رفتاری است آگاهانه که فرد خودش به بافت های بدنش آسیب می زند مانند بریدن و سوزاندن بدن اما این رفتار با نیت خودکشی انجام نمی شود و به لحاظ اجتماعی و فرهنگی هم قابل قبول نیست

طبق آخرین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۱)، خودآسیب رسانی به قصد غیر خودکشی، به عنوان «خودآسیب رسانی عمدی اعمال شده بر روی سطح بدن فرد است که سبب ایجاد خونریزی، کبودی یا درد (مانند برش، سوزش، ضربه زدن، ضربه زدن، مالش بیش از حد) می شود، با این انتظار که چنین آسیبی تنها منجر به

رفتار انسان را در اصطلاح حالت های ذهنی درونی (نیازها، امیال، باورها، اهداف، قصد و دلایل) درک و تفسیر کنیم در نتیجه این ظرفیت موجب افزایش عاملیت، تنظیم هیجان و خودکنترلی می شود (۷). اصطلاح ذهنی سازی توسط پیترو فوناگی و آنتونی بیتمن برای تبیین رشد خویشتن و روابط دلبستگی و در پی اینها شکل گیری اختلال شخصیت مرزی به کار برده شده است. براساس یافته ها و نظریه فوناگی افراد دارای دلبستگی آشفته مشکلات بیشتری در توانایی ذهنی سازی دارند. روابط دلبستگی ایمن و ظرفیت والدین برای ذهنی سازی موجب افزایش توانایی ذهنی سازی کودکان می شود (۸). این ظرفیت ذهنی سازی در مراحل بعدی رشد و بزرگسالی موجب افزایش تنظیم هیجان، کاهش تکانشگری، افزایش خودمهارگری و بهبود روابط بین فردی می شود. مکانیزم رابطه ذهنی سازی و تنظیم هیجان این طور تبیین می شود که وقتی محتوای بازنمایی ها تهدیدآمیز باشند، فعال شدن این بازنمایی ها به شدت درمانده کننده می شود. تصدیق و تأمل بر این بازنمایی ها دردناک شده و این مسأله موجب برانگیختگی هیجانی بالایی می شود که فرد قادر نیست به روشی مناسب آن ها را خنثی یا پردازش نماید که خود این موضوع باعث ایجاد دلبستگی نایمن اضطرابی شده و به صورت نقص در ذهنی سازی بروز می کند (۹).

ادبیات پژوهشی حاکی از آن است که افراد خودآسیب رسان حالت های ذهنی، پیش ذهنی سازی (یعنی قادر به درک و توجه کردن به حالتهای درونی خود و دیگران نیستند). دارند یعنی قادر به تأمل بر حالت های ذهنی خود و دیگران نیستند (۱۰). همچنین پژوهش ها نشان داده اند که خودآسیب رسانی با سطح پایین ذهنی سازی ارتباط دارد که این سطح پایین باعث بدتنظیمی هیجانی شده و منجر به رفتارهای خودآسیب رسان می شود (۱۱،۱۲). در یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده از درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای ۴۰ نوجوان دارای رفتارهای خودآسیب رسان در برابر درمان رایج برای گروه گواه (۴۰ نفر) استفاده شد. ظرفیت ذهنی سازی و رفتارهای خودآسیب رسان این نمونه در بدو کار پس از مداخله و ۱۲ ماه پس از مداخله اندازه گیری شد. نتایج نشان داد که این درمان موجب افزایش ظرفیت ذهنی سازی و کاهش بیشتر رفتارهای خودآسیب رسان در پس آزمون و ۱۲ ماه پس از پایان مداخله شده است. همچنین پژوهشگران به این

و با هدف اجرای احکام و رسوم اجتماعی انجام نمی شود. این رفتار به یک نگرانی عمده ی بهداشت عمومی تبدیل شده است. در یک متاآنالیز شیوع NSSI در بین نمونه های غیربالینی نشان داد که ۱۷،۲ درصد نوجوانان، ۱۳،۴ درصد از نوجوانان و ۵،۵ درصد از بزرگسالان اقدام به NSSI می کنند. این میزان در میان نمونه های بالینی نوجوانان (۳۰-۴۵٪) و بزرگسالان (۲۱٪) بیشتر است (۳). در ایران در مطالعه ی رفتارهای خودآسیب رسانی با استفاده از پرسشنامه خودآسیبی عمدی گراتز شیوع این رفتار در ۳۵۰ نفر از دختران نوجوان پایه های دوم و سوم دبیرستان شهر تهران ۱۲٪ گزارش شده است (۴). براساس نتایج این مطالعه ۳۸ نفر (۱۲٪) حداقل یک بار و ۱۶ نفر (۴٪) بیش از یک بار از شیوه بریدن بخش های بدن برای آسیب به خود استفاده کرده بودند و ۵۸ نفر (۱۷٪) حداقل یک بار و ۳۶ نفر (۱۱٪) بیش از یک بار از فروکردن سوزن در پوست برای آسیب به خود استفاده کرده بودند. در این مطالعه فروکردن سوزن در پوست با هدف تاتوکردن، سوراخ کردن گوش یا بینی نیز به عنوان خودآسیبی عمدی در نظر گرفته شده بود. برای سایر رفتارهایی خودآسیبی در این مطالعه براساس فراوانی عبارت بود از: حکاکی عکس و نوشته روی پوست، جلوگیری از بهبود زخم ها، برسرکوبیدن، شستن دست با تمییزکننده تا حد آسیب دیدن پوست، کندن مو، سوزاندن بدن، کبود کردن جایی از بدن (نیشگون گرفتن)، ناخن جویدن و چکاندن اسید روی پوست. به غیر از شیوع NSSI، این رفتار همچنین منجر به عواقب منفی مختلفی از جمله آسیب های روانی (۵)، احساسات منفی نسبت به خود (مثلاً شرم و نفرت از خود) و حتی اقدام به خودکشی (۶) می شود. بنابراین درک و شناخت عوامل خطر NSSI و مکانیزم های روانی زیربنایی آن و همچنین پیشگیری و درمان آن یکی از ضروریات متخصصین سلامت روان است. (نتیجه گیری تحقیقات و رفرنس های ذکر شده در بالا) یکی از متغیرهای اثرگذار بر خودآسیب رسانی به قصد غیرخودکشی، ذهنی سازی است. ظرفیت ذهنی سازی که یک کارکرد بازتابی تلقی می شود، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی بدست می آید و زیربنای رفتارهای آشکار است. ذهنی سازی به مثابه یک شکلی از تصویری است که به ما اجازه می دهد

لاله مرادزاده خراسانی و همکاران

که در عین حال به او عشق نیز وجود دارد، ایجاد می شود. و این نیز با شدت آسیب و خشم تناسب دارد. این گناه ناهشیار یک سیستم بسیار آسیب زاست که در حکم موتور پوشی برای نیاز فرد به ویران کردن خود و تنبیه خود عمل می کند؛ یعنی به شکل خودآزاری در خوی فرد بروز و ظهور پیدا می کند. از آنجاییکه این خشم بسا دارای کیفیت مرگبار باشد، در نتیجه احساس ناهشیار سوگوارانه در واکنش به از دست رفتن (کشتن) چهره نخستین والدینی وجود خواهد داشت. فقدان ها و از دست دادن های واقعی اولیه نیز منجر به تشدید هر چه بیشتر احساس ناهشیار سوگوارانه می شوند (۲۰).

احساس گناه ناهشیار نقش مرکزی را در شکل گیری درک دوانلو از نیروهای پوشی روان آسیب زا ایفا می کند. او از اصطلاحاتی مانند "مقاومت بزرگ" و "مقاومت احساس گناه" به جای یکدیگر و به صورت مترادف استفاده کرده است. در کارهای اولیه وی، اثرات احساس گناه ناهشیار به عنوان "نمود بالینی آسیب شناسی سوپرایگو" توصیف شده است. او بعدها در اشاره به کل مجموعه دل بستگی / تروما، رهاشدگی در مرحله ی اولیه زندگی /خشم مرگبار / احساس های شدید ناهشیار گناه و سرشار از غم / خودآزاری در خوی، از اصطلاح "شکنجه گر ناهشیار" استفاده کرد (۲۰).

پژوهش های متعددی اثربخشی روان درمانی پوشی فشرده کوتاه مدت را بر اختلالات جسمانی سازی (۲۱،۲۲)، اختلالات حرکتی کارکردی (۲۳)، دردهای مزمن (۲۴)، سندرم درد لگن (۲۵) کمر درد (۲۶) و سردردهای مزمن (۲۷،۲۸)، افسردگی و اضطراب (۲۹،۳۰)، اختلالات شخصیت (۳۱،۳۲)، اختلال دوقطبی و روانپریشی (۳۷) و در حوزه زوجین بر روی کاهش تعارضات زناشویی (۳۸)، بر رضایت مندی زوج ها (۳۹) و بر سازگاری زوجین (۴۰) گزارش کرده اند. (پژوهشهای مرتبط هستند و این پژوهش برای اولین بار انجام شده است). لذا با توجه به اثربخشی این روش درمانی بر طیف وسیعی از مشکلات، کوتاه مدت بودن آن و اینکه جزء درمان های روان پوشی است، حال این پرسش مطرح می شود که آیا روان درمانی پوشی فشرده و کوتاه مدت دوانلو بر ذهنی سازی بیماران دارای رفتارهای خودآسیب رسانی و کاهش این رفتارها اثربخش است؟ (سوال پژوهشی است).

نتیجه رسیدند که افزایش نظریه ذهن با کاهش بیشتر رفتارهای خودآسیب رسان ارتباط دارد (۱۳). همچنین رازو (۱۴) در یک مطالعه موردی بر روی یک زن دارای اختلال شخصیت ترکیبی همراه با گرایش به خودآسیب رسانی با استفاده از روش درمان مبتنی بر ذهنی سازی نشان داد که این روش درمانی موجب کاهش رفتارهای خودآسیب رسان از طریق افزایش ظرفیت ذهنی سازی می شود. با این حال کوارشتین و همکاران (۱۵) در یک پژوهش با استفاده از درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر روی اختلال شخصیت مرزی نشان دادند که این روش موجب کاهش رفتارهای خودآسیب رسان می شود اما این تغییر و کاهش معنادار نمی باشد.

با توجه به آنچه ذکر شد، اتخاذ رویکرد درمانی مناسب جهت پیشگیری از این مشکلات از اهمیت زیادی برخوردار است. پژوهش ها نیز حاکی از این است که درمان های روانشناختی کمی به طور خاص برای خودآسیب رسانی وجود دارد (۱۶) همچنین یک مطالعه مروری اخیر نشان داد که هیچ درمان به خوبی اثبات شده ای برای خودآسیب رسانی وجود ندارد (۱۷). از طرف دیگر درمان مبتنی بر ذهنی سازی یک درمان بلندمدت (حداقل ۱۸ ماهه) می باشد (۱۸) که خود این مسأله باعث ریزش بیماران یا افزایش هزینه های درمانی می شود. با توجه به محدودیت های ذکر شده برای درمان مبتنی بر ذهنی سازی و به طور کلی کمبود رویکردهای اثربخش برای رفتارهای خودآسیب رسان استفاده از درمان های اثربخش و کوتاه مدت بیش از پیش احساس می شود. یکی از رویکردهای روان درمانی مبتنی بر شواهد تجربی و کوتاه مدت، روان درمانی پوشی کوتاه مدت فشرده دوانلو است. این روش توسط حبیب دوانلو در دانشگاه مک گیل کانادا در دهه ۸۰ میلادی ابداع شد. تأکید روان درمانی پوشی کوتاه مدت فشرده بر کمک فوری به بیمار برای تجربه هیجانات ناهشیاری است که موجب اضطراب ناهشیار، بروز نشانه های اختلال و دفاع های گوناگون شده است در عین حال این روش درمانی یک روش بسیار کوتاه مدت و فشرده است (۱۹). بنیان نظری روان درمانی پوشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) به این شکل است که ترومای دل بستگی در کودکی منجر به درد روانی و در پی آن خشم نسبت به منبع دل بستگی می شود. احساس گناه ناهشیار، در واکنش به خشم (که به سوی چهره ی اصلی دل بستگی

روش کار

نمره BR بالاتر از ۸۴ (اختلالات شدید شخصیت) نداشتند، و انجام مصاحبه بالینی با توجه به ملاک های DSM-5 برای اختلالات محور 5 II، نفر انتخاب شدند. پس از ارائه پرسشنامه ها و جمع آوری اطلاعات، به صورت انفرادی نمونه ی مورد نظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف و کم و کیف پژوهش، در جریان پژوهش قرار گرفتند. پس از کسب رضایت نامه کتبی از بیماران برای شرکت در مداخله، قبل از شروع فرایند روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده برای سنجش خط پایه پرسشنامه ها به آزمودنی ها ارائه شد تا به تکمیل آن ها اقدام کنند. پس از این مرحله، آزمودنی ها در جلسه های روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده به تعداد ۲۰ جلسه ۷۵ دقیقه ای با فاصله ۱ هفته (در کل ۲۰ هفته) شرکت کردند. علاوه بر سنجش خط پایه، در جلسه های چهارم، هشتم، دوازدهم، شانزدهم و جلسه آخر (جلسه بیستم) نیز آزمودنی ها مجدداً پرسشنامه های پژوهش را تکمیل کردند. در نهایت برای اطمینان از ماندگاری اثرات روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده، پس از دو ماه، در حالی که آزمودنی ها هیچ گونه درمانی را دریافت نکرده بودند، بار دیگر پرسشنامه های پژوهش توسط آزمودنی ها تکمیل شد. جلسات مداخله در تمام آزمودنی ها توسط پژوهشگر و با استفاده از پروتکل یکسانی انجام گرفت. درمانگر دوره های آموزشی در زمینه اصول درمان های روانشناختی را گذرانده و به شیوه روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده دوانلو مسلط است. محتوای جلسات، روش ها و تکنیک ها مبتنی بر پروتکل روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده دوانلو بود. در این پژوهش برای تحلیل داده ها از بازیابی دیداری نمودارها (فراز و فرود متغیر وابسته) و شاخص درصد بهبودی، درصد کاهش نمره ها، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر بالینی بر اساس فرمول های زیر استفاده شد:

$$MPI = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Baseline\ Mean] \times 100$$

$$MPR = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Treatment\ Phase\ Mean] \times 100$$

$$Cohen's\ d = M1 - M2 / \sigma\ pooled$$

$$Where\ \sigma\ pooled = \sqrt{[(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) / 2]}$$

و میزان تغییرپذیری را نشان می دهند. برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور II (SCID-II)

پژوهش حاضر در چهارچوب طرح های تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی است. در این پژوهش از خط پایه ABA استفاده شد. در مرحله خط پایه متغیرهای وابسته پژوهش اندازه گیری شد (مرحله A)، سپس مرحله مداخله (مرحله B) اجرا و حین مداخله، اندازه گیری متغیرهای وابسته پژوهش صورت گرفت و نهایتاً ارزیابی به منظور پیگیری (مرحله A) به عمل آمد. جامعه آماری این پژوهش را، افراد بالای ۱۸ سال تشکیل می دهند با تشخیص های بالینی مختلف بعلاوه رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی بین ماه های اریبیهشت تا تیر، در سال ۱۳۹۸ به کلینیک های مشاوره و روان درمانی شهر کرج رجوع کرده اند. نمونه پژوهش به صورت در دسترس از بین جامعه آماری انتخاب گردید. بدین منظور از بین افرادی که مایل به شرکت در پژوهش بودند، بر اساس ملاک های پذیرش ۵ نفر (۳ زن و ۲ مرد) (نمونه در دسترس) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک های ورود به مطالعه شرکت کنندگان در این مطالعه عبارت بودند از: ۱) افراد دارای رفتارهای خود آسیب رسان، ۲) دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰ سال، ۳) حداقل دارای مدرک دیپلم، ۴) بر اساس مصاحبه بالینی و آزمون شخصیتی میلون مبتلا به اختلال شخصیت شدید نباشند، ۵) عدم مصرف داروهای روان گردان، ۶) موافقت و رضایت کتبی فرد جهت شرکت در این آزمون. روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که بعد از کسب کد اخلاق پژوهش (کد اخلاق پژوهش (IR.IAU.SARI). REC.1398.108) از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه ساری، هماهنگی های لازم با مراکز مشاوره استان البرز شهر کرج صورت گرفت. از بین افرادی که مایل به شرکت در پژوهش بودند، در آزمون میلون (III-MCMI)

در این فرمول ها MPI درصد بهبود، MPR درصد کاهش نمره ها و Cohen's d میزان تغییرپذیری را نشان می دهد. این شاخص ها به ترتیب تغییرات روند، شیب

لاله مرادزاده خراسانی و همکاران

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 تأیید قرار گرفته اند را ارزیابی می کند (۴۵). این ۱۳ عملکرد زیر دو عامل کلی طبقه بندی شده اند: کارکردهای درون فردی (تنظیم عاطفی، ضدگسستگی، ضدخودکشی، نشان پریشانی و خودتنبیهی) و کارکردهای بین فردی (استقلال، حریم های بین فردی، تأثیر 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 غیر مرتبط)، ۱ (تاحدی 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. بخش کارکردی سیاهه از اعتبار سازه بالایی برخوردار است (۴۶). این بخش سیاهه در مطالعات پیگیری همسانی درونی بالایی (آلفای کرونباخ کارکرد درون فردی ۰/۸۹ و کارکرد بین فردی ۰/۷۵) نشان می دهد. این سیاهه در مطالعات داخلی تا کنون استفاده نشده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کارکرد درون فردی ۰/۸۰ و کارکرد بین فردی ۰/۷۴ به دست آمد. پرسشنامه ذهنی سازی: مقیاس ذهنی سازی یا پرسشنامه کارکردتأملی (RFQ) توسط پیتیر فوناگی و همکارانش (۴۷) ساخته شده است. در ابتدا شامل ۴۶ عبارت بود که در آخرین نسخه آن ۵۴ عبارت شد. امتیازبندی آن در دو سطح قرار دارد از کاملاً مخالف از عدد ۱ شروع می شود تا کاملاً موافق که عدد ۷ است و پاسخ دهنده عدد مورد نظر خود را در مقابل هر عبارت وارد می کند. بر اساس مطالعات انجام شده و روش تحلیل عاملی، ۲ عامل قطعیت و عدم قطعیت از این پرسشنامه به دست آمد که طبق آن ثبات درونی برای عامل قطعیت ۰/۷۳ و برای عامل عدم قطعیت ۰/۷۷ به دست آمد (۴۷). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ قطعیت ۰/۸۱ و عدم قطعیت ۰/۷۲ به دست آمد. (روش کامل توضیح داده شده است بر اساس درصد بهبودی و معناداری بالینی است که فرمول آن کامل شرح داده شد).

یافته ها

در (جدول ۱) نمرات خط پایه هر یک از آزمودنی ها و

II: این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است که فراست و همکاران (۴۱) برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت محور II براساس DSM-5 و همچنین اختلال شخصیت منفعل- پرخاشگر تدوین کرده اند. در رابطه با پایایی این آزمون مطالعاتی انجام شده است که همگی پایایی بالای این آزمون را نشان داده اند. ضریب کاپا برای بیماران از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت وسواسی تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی (با کاپای کلی ۰/۵۳) متغیر بود و برای بیماران غیرروانپزشکی، توافق بین ارزیابان به طور قابل ملاحظه ای کمتر و کاپای کلی ۰/۳۸ گزارش شد. شریفی و همکاران (۴۲) پایایی قابل قبول تشخیص های داده شده با نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای آن را مطلوب گزارش کرده اند. پرسشنامه چندمحوری میلون (MCMI-III): این پرسشنامه توسط تئودور میلون روانشناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۸۱ تهیه گردیده است و شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت، و ۱۰ نشانگان بالینی است. اعتبار و روایی این آزمون در مطالعات مختلف تأیید گردیده است (۴۳). رحمانی و همکاران (۴۴) اعتبار آزمون را از طریق همسانی درونی محاسبه کردند و ضریب آلفای مقیاس ها در دامنه ی ۰/۸۷ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از سانحه) به دست آمد. سیاهه رفتارهای خودآسیب رسان (ISAS): این سیاهه یک ابزار خود گزارشی است که 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 قصد خودکشی انجام می شوند شامل: کوبیدن/ زدن، گاز گرفتن، سوزاندن، خالکوبی، بریدن، دستکاری زخم، نیشگون گرفتن خود، موکنی، مالیدن پوست به سطوح خشن، خارش شدید، فروکردن 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 را 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 سؤال های آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد (۴۵). بخش دوم پرسشنامه عملکرد رفتارهای خود آسیب

میانگین نمرات آن‌ها در طی مداخله و همچنین شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه ذهنی سازی ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های تغییرات روند، شیب، و میزان تغییرپذیری نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس ذهنی سازی

متغیر	خط میانگین انحراف درصد			تغییرپذیری اندازه			پایه مداخله معیار بهبودی کاهش کوهن اثر			آزمودنی		
	(r^1)	(MPI)	نمرات	پیگیری	انحراف	درصد	(r^1)	نمرات	(MPI)	نمرات	(r^1)	(MPR)
۱ قطعیت	۰/۸۰	-۲/۷۲	-۱۲۲	۳۴	۱۱۵/۵	۰/۷۷	-۲/۴۲	-۱۰۸	-۵۲/۱۱	۳۲/۹۷	۱۰۸/۶	۵۲
عدم قطعیت	۰/۸۳	۲/۹۹	۸۸/۶۵	۴۶/۹۹	۳۱/۹۱	۷۶/۳۳	۰/۸۱	۲/۷۷	۷۴/۳۳	۴۲/۶۳	۳۱/۲۷	۱۴۴
۲ قطعیت	۰/۸۳	-۳/۰۲	-۸۹	-۴۷	۲۶/۵۰	۱۲۰/۸	۰/۸۱	-۲/۸۳	-۸۰	-۴۴/۵۴	۲۵/۶۲	۶۴
عدم قطعیت	۰/۸۷	۳/۶۱	۸۵/۸۰	۴۶/۱۸	۲۶/۰۱	۷۷/۵۰	۰/۸۵	۱/۲۷	۷۶/۹۰	۴۳/۴۷	۲۷/۰۵	۱۴۴
۳ قطعیت	۰/۷۷	-۲/۴۱	-۱۰۸	-۵۲	۲۹/۸۰	۹۸	۰/۷۴	-۲/۲۲	-۹۵	-۴۸/۶۸	۲۸/۳۴	۴۷
عدم قطعیت	۰/۷۵	۲/۳۰	۶۴/۳۸	۴۶/۱۸	۳۹/۱۶	۹۹/۱۶	۰/۷۹	۲/۵۹	۵۳/۷۷	۳۵	۳۱/۰۲	۱۶۳
۴ قطعیت	۰/۸۹	-۴/۰۱	-۲۶/۵۲	-۲۰/۹۶	۶/۵۵	۸۹/۸۳	۰/۹۰	-۴/۱۳	-۲۴	-۱۹/۵۰	۵/۸۰	۷۱
عدم قطعیت	۰/۸۰	۲/۶۹	۱۶/۳۵	۱۴/۰۵	۱۰/۱۵	۱۱۸/۶	۰/۷۶	۲/۳۴	۱۵/۳۸	۱۳/۳۳	۱۱/۰۵	۱۳۸
۵ قطعیت	۰/۸۲	-۲/۹۲	-۱۳۹	-۵۸/۱۶	۲۷/۵۶	۹۸	۰/۸۱	-۲/۷۶	-۱۲۴	-۵۵/۴۳	۲۶/۰۷	۴۱
عدم قطعیت	۰/۸۶	۳/۵۰	۷۲	۴۱/۸۹	۲۵/۰۱	۸۶	۰/۸۴	۳/۲۰	۶۴	۳۹/۰۵	۲۵/۴۸	۱۴۸

علامت منفی نشان دهنده افزایش در شاخص مورد نظر است.

تحلیل دقیق‌تر داده‌های به دست آمده از نمودار تحلیل دیداری برای هر یک از آزمودنی‌ها در مقیاس ذهنی سازی صورت گرفت.

در مجموع به طور کلی بر اساس نتایج به دست آمده از درصدهای بهبود، درصدهای کاهش نمرات و شاخص تغییرپذیری و همچنین تحلیل دیداری نتایج پژوهش می‌توان گفت که روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده در افزایش ذهنی سازی افراد دارای رفتارهای خودآسیب رسان اثربخش بوده و این اثربخشی در ارتباط با زیرمقیاس قطعیت بیشتر بود.

در (جدول ۲) نمرات خط پایه هر یک از آزمودنی‌ها و میانگین نمرات آن‌ها در طی مداخله و همچنین شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه رفتارهای خودآسیب رسان ارائه شده است.

همانطور که در (جدول ۱) مشاهده می‌شود اندازه اثرهای به دست آمده بیانگر میزان اثربخشی نسبتاً بالای روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده در توانایی ذهنی سازی افراد مبتلابه رفتارهای آسیب رسان به قصد غیرخودکشی است. از مرحله پیش از درمان تا پیگیری، در همه ی مؤلفه های ذهنی سازی برای هر پنج آزمودنی، درصد بهبودی و افزایش نمره های قابل توجهی روی داده است. بالاترین میزان اثربخشی در مؤلفه قطعیت ($r^1=0/90$) در دوره مداخله و $r^1=0/89$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی چهارم است، و بالاترین میزان اثربخشی برای مؤلفه عدم قطعیت ($r^1=0/85$) در دوره مداخله و $r^1=0/87$ (در دوره پیگیری) برای آزمودنی دوم است. پایین ترین میزان اثربخشی در مؤلفه قطعیت ($r^1=0/71$) در دوره مداخله و $r^1=0/74$ در دوره پیگیری) برای آزمودنی سوم و در مؤلفه عدم قطعیت ($r^1=0/76$) در دوره مداخله برای آزمودنی چهارم و $r^1=0/75$ در دوره پیگیری برای آزمودنی سوم است. در ادامه جهت

لاله مرادزاده خراسانی و همکاران

جدول ۲: اول در شاخص‌های تغییرات روند، شیب، و میزان تغییرپذیری نمرات آزمودنی سیاهه خودآسیب رسانی

آزمودنی	متغیر	خط پایه	میانگین	انحراف استاندارد	درصد		اندازه اثر	اندازه اثر	پیگیری استاندارد	درصد	
					کاهش نمرات	بهبودی				بهبودی	کاهش
			مداخله	مداخله	(MPI)	(MPI)	(T^1)	(T^2)	پیگیری	پیگیری	انحراف استاندارد
					(MPR)	(MPR)					
۱	درون فردی	۵/۲	۲/۶۸	۱/۳۰	۴۸/۴۶	۹۴/۰۲	۲/۱۷	-۰/۷۳	۲/۴۰	۱/۳۵	۵۳/۸۴
	بین فردی	۵/۵	۳/۰۸	۱/۴۱	۴۴	۷۸/۵۷	۱/۹۷	-۰/۷۰	۲/۸۱	۱/۴۱	۴۸/۹۰
۲	درون فردی	۴/۸	۲/۳۲	۱/۴۹	۵۱/۶۶	۱۰۷	۱/۹۵	-۰/۶۹	۲/۱۳	۱/۴۱	۵۵/۶۲
	بین فردی	۵	۲/۹۶	۱/۳۷	۴۰/۸۰	۶۸/۹۱	۱/۷۰	-۰/۶۴	۲/۶۸	۱/۴۰	۴۶/۴۰
۳	درون فردی	۵	۲/۱۲	۱/۱۹	۵۷/۶۰	۱۳۵	۲/۶۲	-۰/۷۹	۲/۱۳	۱/۴۱	۵۵/۶۲
	بین فردی	۵/۲	۲/۷۲	۱/۴۳	۴۷/۶۹	۹۱/۱۷	۲/۰۰	-۰/۷۰	۱/۹۳	۱/۱۶	۶۱/۴
۴	درون فردی	۴	۳/۱۴	۰/۷۳	۲۱/۵۰	۲۷/۳۸	۰/۹۸	-۰/۴۴	۲/۹۵	۰/۸۰	۲۶/۲۵
	بین فردی	۵/۳	۴/۳۲	۰/۵۳	۱۸/۴۹	۲۲/۶۸	۱/۲۲	-۰/۵۲	۴/۱۸	۰/۵۸	۲۱/۱۳
۵	درون فردی	۴/۸	۲/۵۲	۱/۰۲	۴۷/۵۰	۹۰/۴۷	۲/۲۵	-۰/۷۴	۲/۲۶	۱/۱۰	۵۲/۹۱
	بین فردی	۵/۵	۳/۰۶	۱/۴۶	۴۴/۳۶	۷۹/۷۳	۱/۹۴	-۰/۶۹	۲/۵۰	۱/۳۸	۵۴/۵۴

علامت منفی نشان‌دهنده افزایش در شاخص مورد نظر است.

در دوره مداخله و $(T^2) = 0/50$ (در دوره پیگیری) و هم در مؤلفه کارکرد بین فردی $(T^1) = 0/52$ (در دوره مداخله و $(T^2) = 0/56$) در دوره پیگیری) برای آزمودنی چهارم است.

در مجموع بر اساس تجزیه و تحلیل دیداری و درصدهای بهبودی، کاهش نمرات و شاخص تغییرپذیری آزمودنی‌ها می‌توان گفت که درمان روانپوشی کوتاه مدت فشرده در زیرمقیاس‌های کارکرد درون فردی و بین فردی رفتارهای خودآسیب رسانی اثربخش بوده و این اثربخشی در ارتباط با کارکردهای درون فردی بیشتر بوده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر روان درمانی پوششی کوتاه مدت فشرده بر ذهنی سازی افراد دارای خودآسیب رسانی بود. نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که روان درمانی پوششی

همانطور که در (جدول ۲) مشاهده می‌شود اندازه اثرهای به دست آمده بیانگر میزان اثربخشی نسبتاً بالای روان درمانی پوششی کوتاه مدت فشرده در کاهش خودآسیب رسانی افراد مبتلابه رفتارهای آسیب رسانی به قصد غیرخودکشی است. از مرحله پیش از درمان تا پیگیری، در مؤلفه‌های کارکرد درون فردی و بین فردی رفتارهای خودآسیب رسانی برای هر پنج آزمودنی، درصد بهبودی و کاهش نمره‌های قابل توجهی روی داده است. بالاترین میزان اثربخشی در مؤلفه کارکرد درون فردی $(T^1) = 0/79$ در دوره مداخله برای آزمودنی سوم و $(T^2) = 0/77$ در دوره پیگیری برای آزمودنی پنجم است و بالاترین میزان اثربخشی برای مؤلفه کارکرد بین فردی $(T^1) = 0/70$ در دوره مداخله برای آزمودنی اول و سوم و $(T^2) = 0/77$ در دوره پیگیری برای آزمودنی سوم است. پایین ترین میزان اثربخشی هم در مؤلفه کارکرد درون فردی $(T^1) = 0/44$

همچنین باعث کاهش رفتارهای خودآسیب رسان می شود اما این کاهش معنادار نیست.

در تبیین این یافته بایستی گفت که در ISTDP یکی از فنون بسیار مهم و کاربردی شناسایی و ختنی سازی دفاع هاست که به عنوان سازوکارهای درونی و بیرونی برای اجتناب از عواطف و خاطرات دردناک به کار می روند. به خصوص یکی از دفاع های بدخیم فرافکنی است که شناسایی و ختنی سازی آن در این روش درمانی بسیار مهم و حیاتی می باشد. مثلاً بیماری عنوان می کند که می دونم که شما فکر می کنید من احمق هستم و می خندد، برای ختنی سازی این درمانگر درخواست شواهد می کند، بدین صورت که چه شواهدی داری که ثابت می کنه من در مورد شما اینطور فکر می کنم؟ این پرسش بیمار را به تأمل و کاوش بیشتر در خودش فرامی خواند، سپس درمانگر عنوان می کند که چه کسی از واژه احمق استفاده کرد؟ و چه کسی به خودش خندید؟ در ادامه درمانگر کل این فرآیند را برای بیمار جمع بندی می کند، دقت کردید که یک فکر در ذهن شما شکل گرفت، شما اون رو به من نسبت دادید، در حالی که این فکر مال خود شما بود و در ذهن شما شکل گرفته بود و این شما بودید که داشتید خودتون رو قضاوت می کردید و در عین حال به خودتون می خندید، متوجه این فرآیند شدید؟ و بیمار را به تأمل بیشتر بر ذهن و فرآیندهای ذهنی دعوت می کند. در عین حال از بیمار می خواهد چنانچه در طول جلسه درمان، دوباره فکر یا قضاوتی به ذهنش رسید آن را با درمانگر در میان بگذارد تا بر روی آن کار کنند. این فرآیند شناسایی و ختنی سازی دفاع ها به آگاهی بیشتر بیمار از فرآیندها و حالت های ذهن اش منجر شده که در نتیجه به افزایش ذهنی سازی بیمار می انجامد.

در عین حال بر اساس توالی پویایی محوری و در نهایت بازگشایی ناهشیار که در آن بیمار غیظ خودش را نسبت به یک چهره دلبستگی تجربه می کند و سپس تجربه دردناک احساس گناه که در پی آسیب به چهره اولیه دلبستگی تجربه می شود و غم و اندوه ناشی از، از دست دادن آن چهره دلبستگی و سپس عشق و آسیب به آن که منبای این تعارض بود، سازمان ناهشیار بیمار برای خود بیمار و درمانگر قابل دسترس می شود و پس از تجربه کامل این فرآیند درمانگر به بینش دهی و تحکیم این

کوتاه مدت فشرده بر ذهنی سازی افراد دارای خودآسیب رسانی مؤثر است. در خصوص تأثیر روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر ذهنی سازی نتایج نشان داد که این روش می تواند به افزایش ذهنی سازی و کاهش رفتارهای خودآسیب رسان از مرحله خط پایه تا طی مداخله و پیگیری منجر شود. این یافته با نتایج تحقیق دورینگ و همکاران (۴۸)، فوناگی و بیتمن (۷)، رازو و فوناگی (۱۳) رازو (۱۴) همسو و با پژوهش کوارشتین و همکاران (۱۵) ناهمسو است.

دورینگ و همکاران (۴۸) در یک کارآزمایی بالینی مقایسه درمان متمرکز بر انتقال در برابر درمان های اجتماع نگر برای اختلال شخصیت مرزی نشان دادند که درمان متمرکز بر انتقال که یک شکل از درمان های روانپویایی است باعث کاهش رفتارهای خودآسیب رسان در این بیماران می شود و همچنین موجب بهبود تنظیم هیجان و روابط بین فردی آن ها می شود.

فوناگی و بیتمن (۷) در یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده از درمان مبتنی بر ذهنی سازی که یک شکلی از درمان روانپویایی است بر روی اختلال شخصیت مرزی نشان دادند که این روش درمان باعث افزایش ظرفیت ذهنی سازی و کاهش رفتارهای خودآسیب رسان در این بیماران می شود و اینطور نتیجه گیری کردند که افزایش ذهنی سازی از طریق تنظیم هیجان موجب کاهش رفتارهای خودآسیب رسان می شود. همچنین فوناگی و رازو (۱۳) در یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده از درمان مبتنی بر ذهنی سازی که یک شکلی از درمان روانپویایی است برای ۴۰ نوجوان دارای رفتارهای خودآسیب رسان در برابر درمان رایج برای گروه گواه (۴۰ نفر) استفاده شد. ظرفیت ذهنی سازی و رفتارهای خودآسیب رسان این نمونه در بدو کار پس از مداخله و ۱۲ ماه پس از مداخله اندازه گیری شد. نتایج نشان داد که این درمان موجب افزایش ظرفیت ذهنی سازی و کاهش بیشتر رفتارهای خودآسیب رسان در پس آزمون و ۱۲ ماه پس از پایان مداخله شده است. همچنین پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که افزایش نظریه ذهن با کاهش بیشتر رفتارهای خودآسیب رسان ارتباط دارد.

کوارشتین و همکاران (۱۵) در پژوهشی با استفاده از درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر روی اختلال شخصیت مرزی نشان دادند که این درمان در مقایسه با روانکاوی سنتی تغییر معناداری در علائم این بیماران ایجاد نمی کند،

لاله مرادزاده خراسانی و همکاران

را تنبیه می کند که به صورت خودسرزنشگری و در عین حال خودزنی جلوه می کند. درمانگر برای شناسایی و خنثی سازی این مکانیزم دفاعی بدین گونه عمل می کند که متوجه شدی که همین الان چطور خودت رو تنبیه کردی؟ گناه تو چه بود؟ تو از دست چه کسی عصبانی بودی، اما چه کسی رو تنبیه کردی؟ چه کسی آسیب دید؟ آیا این کاری نیست که اغلب موارد انجام می دهی؟ بیا ببینیم اگه این احساس خشم رو روی خودت برنگردونی، چه جوری در بدنت احساس می کنی؟ و بدین طریق ضمن خنثی سازی این دفاع بدخیم و مکانیزم ذهنی این کار، به تجربه و تحمل این احساس و در نتیجه تنظیم آن کمک می کند که باعث جلوگیری از آسیب زدن به خود، افزایش شفقت نسبت به خود و تنظیم احساس خشم و کاهش خودآسیب رسانی می شود.

در کنار نتایج کاربردی پژوهش حاضر، این پژوهش همچون سایر پژوهش ها دارای محدودیت هایی نیز بوده است. از جمله این محدودیت ها می توان به تعداد کم حجم نمونه اشاره کرد که امکان تعمیم پذیری نتایج این پژوهش را محدود کرده است. همچنین نمونه مورد بررسی از بین افراد دچار رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی و بدون اختلالات شخصیت شدید در شهر کرج به صورت در دسترس انتخاب شده بود، بنابراین، این نمونه معرف کل افراد مبتلا به رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی نیست. علاوه بر این، چون این افراد فقط از بین مبتلایان به رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی انتخاب شده بودند نمی توان نتایج این پژوهش را به سایر گروه های بالینی تعمیم داد. به همین دلیل پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی با دیدی جامع تر و کامل تر به بررسی اثربخشی روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده در نمونه های بیشتر و سایر گروه های بالینی پرداخت تا اطلاعات دقیق تری از تأثیر این شکل روان درمانی، به دست آید.

نتیجه گیری

در مجموع افزایش ظرفیت ذهنی سازی بیماران موجب افزایش خودشناسی شده، و در نتیجه به فهم بیشتر نسبت به خود و خودتنظیمی بهتر می شود. در عین حال بازگشایی مکرر ناهشیار بیمار، و تجربه احساس گناه که در ناهشیار بیمار به صورت دادگاه بی رحمی موجب خودآزاری

فرآیند می پردازد. مثلاً شما به دلیل طرد شدن از طرف پدرت احساس غیظ بسیار زیادی نسبت به او داشتید و آرزوی نابودی اون رو در سر داشتید اما از کودکی یاد گرفته بودید که برای حفظ عشق پدرت این احساس رو سرکوب کنی، در عین حال به دلیل داشتن این احساس خودت رو سرزنش می کردی و احساس گناه بسیار زیادی می کردی ادامه این فرآیند در طی سال ها باعث شده که تو نفرت بسیار زیادی رو نسبت به خودت داشته باشی چون خودت رو مستحق عذاب می دونی و برای این که به کسی آسیبی نرسونی این احساس خشم رو به خودت برمی گردونی و خودت رو تنبیه می کنی و این دور باطل تو زندگی شما تکرار میشه. آگاهی از ناهشیار خویشتن و نقش آن در رفتار گذشته و کنونی در عین خنثی سازی دفاع های بدخیم موجب بینشی عمیق نسبت به فرآیندهای ذهنی و نقش آن در رفتار می شود که به نوبه خود موجب افزایش ذهنی سازی بیمار می شود.

از طرفی دیگر یکی از فنون اساسی ISTDP فعال سازی ایگوی مشاهده گر می باشد. این فن بیشتر برای تنظیم اضطراب و افزایش آگاهی از تجلیات بدنی احساس ها و تجربه آن ها به کار می رود و جلسه را تبدیل به ذهن آگاهی هدایت شده می کند. در این فن درمانگر به محض مشاهده افزایش اضطراب بیمار یا به محض مشاهده تجلی احساس در بدن بیمار توجه او را به علائم اضطراب و یا احساس در بدن بیمار جلب می کند و لحظه به لحظه همراه بیمار به او کمک می کند به پایش این حس های بدنی بپردازند. این آگاهی بدنی و پایش آن منجر به افزایش ذهن آگاهی نسبت به بدن می شود. تکرار این فرآیند در جلسه درمان بیمار را تشویق می کند که نسبت به علائم بدنی خودش حساس و آگاه باشد که منجر به تأمل بیشتر بر خودش و درونش می شود. البته نه به صورت وسواس گونه بلکه به صورت منعطف و همراه با شفقت، که در نتیجه به تنظیم اضطراب بیمار منجر شده و در عین حال به تجربه و تحمل کامل احساسات بیمار منجر می شود که به نوبه خود باعث افزایش ذهنی سازی فرد نسبت به خودش و بدنش می شود.

یکی از مکانیزم های دفاعی شایع مشاهده شده در نمونه این پژوهش خشم معطوف به درون بود، در این مکانیزم بیمار احساس خشمی که نسبت به دیگری (معمولاً یک چهره دلپسندی) دارد را به خودش برمی گرداند و خودش

بسیاری از هزینه‌های انسانی و مادی تحمیل شده به مراجع و نهادهای ذینفع صرفه جویی کنند. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از الگوهای درمانی دیگری استفاده شود تا امکان مقایسه اثربخشی رویکردهای مختلف در بهبود رفتارهای خودآسیب رسان و مشکلات تنظیم هیجان نوجوانان کانون اصلاح و تربیت فراهم گردد. اینکه آیا اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان می‌تواند بر نتایج پژوهش اثر داشته باشد می‌تواند محور خطوط پژوهشی آینده باشد.

سیاسگزاری

بدین وسیله، از تمامی شرکت کنندگان که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافع برای نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد.

References

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child and adolescent psychiatry and mental health. 2012 Dec;6(1):10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10> PMID:22462815 PMCID:PMC3348041
3. Martin G, Thomas H, Andrews T, Hasking P, Scott JG. Psychotic experiences and psychological distress predict contemporaneous and future non-suicidal self-injury and suicide attempts in a sample of Australian school-based adolescents. Psychological Medicine. 2015 Jan;45(2):429-37. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001615> PMID:25065410
4. Paivastegar M. The prevalence of intentional self-harm behavior and its relationship with feelings of loneliness and attachment style in female students. Journal of Psychological Studies Al-Zahra University,2013,9(3):29-5. [Persian].

و درد و رنج بسیار می‌شود. این شکنجه گر ناهشیار به شفقت به خود دگرذیسی می‌یابد که کل این فرآیند موجب کاهش خودآسیب رسانی می‌شود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از الگوهای درمانی دیگری استفاده شود تا امکان مقایسه اثربخشی رویکردهای مختلف در بهبود رفتارهای خودآسیب رسان و ذهنی سازی فراهم گردد. اینکه آیا اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان می‌تواند بر نتایج پژوهش اثر داشته باشد می‌تواند محور خطوط پژوهشی آینده باشد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که متخصصان درگیر در درمان افراد مبتلا به رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی از این پروتکل نیز به عنوان یک درمان مؤثر استفاده کنند. همچنین مسئولان و دست‌اندرکاران می‌توانند روان درمانی پیشی کوتاه مدت فشرده را در برنامه‌ریزی‌های بلندمدت خود به منظور کاهش فراوانی وقوع و کاهش کارکرد رفتارهای خودآسیب رسان در نوجوانان بزهکار، زندانیان و مجرمینی که رفتارهای خودآسیب رسان به قصد غیرخودکشی دارند را مد نظر قرار دهند و در راستای پیشگیری از بروز پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی متعاقب این مشکل اقدام کرده و در

5. You J, Jiang Y, Zhang M, Du C, Lin MP, Leung F. Perceived parental control, self-criticism, and no suicidal self-injury among adolescents: Testing the reciprocal relationships by a three-wave cross-lag model. Archives of suicide research. 2017 Jul 3;21(3):379-91. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1199989> PMID:27435816
6. You J, Lin MP. Predicting suicide attempts by time-varying frequency of nonsuicidal self-injury among Chinese community adolescents. Journal of consulting and clinical psychology. 2015 Jun;83(3):524. <https://doi.org/10.1037/a0039055> PMID:25774785
7. Bateman AW, Fonagy PE. Handbook of mentalizing in mental health practice. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012.
8. Luyten P, Mayes LC, Nijssens L, Fonagy P. The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. PloS one. 2017 May 4. <https://doi.org/10.1037/t67296-000>
9. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. Journal of personality

- disorders. 2004 Feb 1;18(1):36-51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772> PMID:15061343
10. Farber SK, Jackson CC, Tabin JK, Bachar E. Death and annihilation anxieties in anorexia nervosa, bulimia, and self-mutilation. *Psychoanalytic Psychology*. 2007 Apr;24(2):289. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.24.2.289>
 11. Badoud D, Luyten P, Fonseca-Pedrero E, Eliez S, Fonagy P, Debbané M. The French version of the Reflective Functioning Questionnaire: validity data for adolescents and adults and its association with non-suicidal self-injury. *PloS one*. 2015;10(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145892> PMID:26714319 PMCID:PMC4694697
 12. Cucchi A. Differences in mentalising ability in individuals presenting with eating disorders with and without concurrent self-harm: A comparative study. 2015.
 13. 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.
 14. Rossouw TI. The use of mentalization-based treatment for adolescents (MBT-A) with a young woman with mixed personality disorder and tendencies to self-harm. *Journal of clinical psychology*. 2015 Feb;71(2):178-87.
 15. Kvarstein EH, Pedersen G, Urnes Ø, Hummelen B, Wilberg T, Karterud S. Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder—Does it make a difference? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2015 Mar;88(1):71-86.
 16. Garisch JA, Wilson MS, O'Connell A, Robinson K. Overview of assessment and treatment of non-suicidal self-injury among adolescents. *New Zealand Journal of Psychology*. 2017 Oct 1;46(3).
 17. Glenn CR, Franklin JC, Nock MK. Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2015 Jan 2;44(1):1-29. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.945211> PMID:25256034 PMCID:PMC4557625
 18. Vogt KS, Norman P. Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2019 Dec;92(4):441-64. <https://doi.org/10.1111/papt.12194> PMID:30099834 PMCID:PMC6900007
 19. Abbass A, Town J, Johansson R, Lahti M, Kisely S. Sustained reduction in health care service usage after adjunctive treatment of intensive short-term dynamic psychotherapy in patients with bipolar disorder. *Psychodynamic psychiatry*. 2019 Mar;47(1):99-112. <https://doi.org/10.1521/pdps.2019.47.1.99> PMID:30840559
 20. Sørensen P, Birket-Smith M, Wattar U, Buemann I, Salkovskis P. A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. *Psychological Medicine*. 2011 Feb;41(2):431-41. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000292> PMID:20380779
 21. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2009;78(5):265-74. <https://doi.org/10.1159/000228247> PMID:19602915
 22. Chavooshi B, Mohammadkhani P, Dolatshahi B. A randomized double-blind controlled trial comparing Davanloo intensive short-term dynamic psychotherapy as internet-delivered vs treatment as usual for medically unexplained pain: a 6-month pilot study. *Psychosomatics*. 2016 May 1;57(3):292-300. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2016.01.001> PMID:27017450
 23. Kroenke K, Rosmalen JG. Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders. *Medical Clinics*. 2006 Jul 1;90(4):603-26. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2006.04.003> PMID:16843765
 24. Bassler M, Krauthauser H, Hoffmann SO. Inpatient psychotherapy with chronic psychogenic pain patients. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 1994;44(9-10):299-307.
 25. Baldoni F, Baldaro B, Trombini G.

- Psychotherapeutic perspectives in urethral syndrome. *Stress Medicine*. 1995 Jan;11(1):79-84.
26. Hawkins J. The role of emotional repression in chronic back pain: a study of chronic back pain patients undergoing group psychodynamic psychotherapy as treatment for their pain. New York (NY): New York University. 2003.
 27. Abbass AA. Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy of treatment-resistant depression: a pilot study. *Depression and Anxiety*. 2006;23(7):449-52. <https://doi.org/10.1002/da.20203> PMID:16845654
 28. Coughlin P, Yarns BC. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy. *Psychotherapy in Later Life*. 2020 Jan 16:108. <https://doi.org/10.1017/9781108693905.009>
 29. Angeletti G, Pompili M, Innamorati M, Santucci C, Savoia V, Goldblatt M, Girardi P. Short-term psychodynamic psychotherapy in patients with “male depression” syndrome, hopelessness, and suicide risk: A pilot study. *Depression research and treatment*. 2013;2013. <https://doi.org/10.1155/2013/408983> PMID:23401757 PMCID:PMC3557639
 30. Yang Y, Shi F, Zhou J, Shi X, Sha Y, Wu H. Short-term dynamic observation of the color change and enhancement effect of polyethylenimine-entrapped gold nanoparticles used for indirect lymphography. *ORL*. 2016;78(3):136-43. <https://doi.org/10.1159/000446190> PMID:27234613
 31. Solbakken OA, Abbass A. Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *Journal of affective disorders*. 2015 Aug 1;181:67-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.003> PMID:25917295
 32. - Kenny DT, Arthey S, Abbass A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for severe music performance anxiety. *Medical Problems of performing artists*. 2014 Mar 1;29(1):3-7. <https://doi.org/10.21091/mppa.2014.1002> PMID:24647454
 33. Abbass A, Sheldon A, Gyra J, Kalpin A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. *The Journal of nervous and mental disease*. 2008 Mar 1;196(3):211-6. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181662ff0> PMID:18340256
 34. Cornelissen K. Long term follow up of residential ISTDP with patients suffering from personality disorders. *Ad Hoc Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy*. 2014;18(3):20-9.
 35. Solbakken OA, Abbass A. Symptom-and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. *Acta neuropsychiatrica*. 2016 Oct;28(5):257-71.
 36. Abbass A. Modified short-term dynamic psychotherapy in patients with bipolar disorder—preliminary report of a case series. *Canadian child psychiatry*. 2002;11(1):19-22.
 37. Abbass A, Bernier D, Kisely S, Town J, Johansson R. Sustained reduction in health care costs after adjunctive treatment of graded intensive short-term dynamic psychotherapy in patients with psychotic disorders. *Psychiatry research*. 2015 Aug 30;228(3):538-43.
 38. Parisuz A, Najarpourian S, Mohammadi K. The Effect of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Marital Conflicts and Interpersonal Processing of Married Women with Emotional Divorce. *Iranian Evolutionary and Educational Psychology Journal*. 2019 Jul 10;1(2):112-22. <https://doi.org/10.29252/IEEPJ.1.2.112>
 39. Nowlan KM, Georgia EJ, Doss BD. Long-Term Effectiveness of Treatment-as-Usual Couple Therapy for Military Veterans. *Behavior therapy*. 2017 Nov 1;48(6):847-59. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.05.007> PMID:29029680
 40. Kramer U, Pascual-Leone A, Despland JN, de Roten Y. One minute of grief: Emotional processing in short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015 Feb;83(1):187. <https://doi.org/10.1037/a0037979> PMID:25244391
 41. Sharifi V, Asadi M, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. [Reliability and feasibility of implementing the Persian version of diagnostic structured interview for DSM-IV (SCID)]. *Advances in Cognitive Science*;2004, 1-2: 10-22.
 42. Chegini M, Delavar A, Garrayi B. Psychometric characteristics of Millon clinical multi-axial

- inventoryIII. Journal Management System; 2013,8: 135-162 [Persian]
43. Rahmani F, Kiani MA, Rezaie F, Nasuri M, Arasteh M. Personality, intellectual and emotional state of patients with borderline personality disorder. Scientific Journal of Kurdistan University Medical Sciences 2013; 18:1-12 [Persian].
44. 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 1;31(3):215-9. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z> PMID:29269992 PMCID:PMC5736316
45. 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> PMID:17014942
46. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The Reflective Functioning Questionnaire. PLoS One. 2016 Jul 8. <https://doi.org/10.1037/t67295-000>
47. Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2010 May;196(5):389-95. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177> PMID:20435966
48. Sorensen B, Abbass A, Boag S. ISTDP and Its Contribution to the Understanding and Treatment of Psychotic Disorders. Psychodynamic psychiatry. 2019 Sep;47(3):291-31 <https://doi.org/10.1521/pdps.2019.47.3.291> PMID:31448983