

اثربخشی الگوی مبتنی بر ذهنی سازی (MBT-A) بر کیفیت روابط خانواده و رفتار آسیب به خود در نوجوانان دختر

فریبا کریمی^۱، کیومرث فرحبخش^{۲*}، حسین سلیمی بجزستانی^۳، عبدالله معتمدی^۴

۱. دکتری مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۴. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۱۲
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۲۶

زمینه و هدف: آسیب به خود به‌مثابه یک عمل عمدی صدمه به خود بدون فکر به خودکشی تعریف می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر افزایش کیفیت روابط خانواده و کاهش رفتار آسیب به خود در نوجوانان دختر انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش از نوع طرح‌های مداخله‌ای پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را همه دانش‌آموزان نوجوان دختر شهر ایوان در سال ۹۷-۹۶ تشکیل دادند که از میان آن‌ها ۳۰ نمونه در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. مداخله شامل ۸ جلسه آموزش الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی بود. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های ذهن‌خوانی از روی تصاویر چشم‌ها، خودآسیبی عمدی و کیفیت رابطه استفاده شد. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس و آزمون‌های ۲ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بین میانگین کیفیت روابط خانواده و ذهنی‌سازی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/001$). تفاوت معناداری بین فراوانی اقدام مجدد آسیب به خود در ۲ گروه مشاهده شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: تغییر مثبت در ذهنی‌سازی و بهبود در روابط خانوادگی موجب کاهش آسیب به خود می‌شود. نتایج پژوهش نقش الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت روابط خانواده و رفتار آسیب به خود در نوجوانان دختر را می‌رساند.

کلیدواژه‌ها:

الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی، کیفیت روابط خانواده، آسیب به خود، نوجوانان.

۱. مقدمه

فرزندان به‌صورت یکی از شاخص‌های سلامت روان خانواده تعریف شده است [۲]. چنان‌که مشکلات رفتاری فرزندان بیشتر در خانواده‌هایی با روابط نامناسب خانوادگی رخ می‌دهد [۳]. نشانه‌های نارسایی در روابط خانوادگی، شامل فقدان نگرانی اعضا به یکدیگر، فقدان احساس لذت از روابط خانوادگی، وجود اختلاف و مشاجره در روابط، احساس غریبگی در خانواده، درکنشدن متقابل و نظایر آن است [۴]. معنای روابط خانوادگی این است که فرزندان، نحوه

خانواده اصلی‌ترین نهاد جامعه و مهم‌ترین الگوی رفتار اجتماعی است. بی‌تردید چگونگی روابط میان اعضای آن، به‌ویژه کیفیت روابط والدین با فرزندان در شکل‌گیری شخصیت و رشد اجتماعی، عاطفی و عقلانی فرزندان نقش و اهمیت فراوانی دارد [۱]. کیفیت روابط خانوادگی شامل کیفیت روابط میان والدین و والدین با

* نویسنده مسئول: کیومرث فرحبخش

نشانی: دهکده المپیک، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

تلفن: ۰۹۱۳۱۱۵۴۶۳۵

رایانه: kiiumars@yahoo.com

شناسه ORCID: 0000-0003-2884-6465

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-8736-3394

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۷، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۹، ص ۲۶۵-۲۵۷

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

خودآسیبی پدیده‌ای مستقل هستند و نباید به آن‌ها به شکل نشانه-ای از یک اختلال توجه شود؛ زیرا درمان دارویی اختلال‌ها، رفتارهای خودآسیبی در بیماران را از بین نبرده است [۲۱].

محققان بیان کرده‌اند که رفتارهای خودآسیب رسان از سن ۶-۷۵ سالگی مشاهده می‌شود؛ اما بیشترین میزان آسیب به خود در سنین ۱۶-۲۵ سالگی به میزان ۶۰ درصد دیده شده است و این رفتارها به تدریج با افزایش سن کاهش نشان می‌دهد [۲۲]. ۳۰ درصد از جوانان دارای رفتار آسیب به خود در بزرگسالی صدمه به خود را همچنان ادامه می‌دهند [۲۳]. شیوع این رفتارها در ایران در دختران دانش‌آموز ۱۷/۹ درصد گزارش شده است [۲۴]. این میزان در ایالات متحده بر اساس جمعیت نمونه در جوانان ۱۷/۵ درصد بوده است [۲۵]. بسیاری از پژوهشگران بر این عقیده هستند که امروزه آسیب به خود همانند هیستری در قرن ۱۹ و اختلال خوردن در اواسط قرن ۲۰ پدیده نوظهوری است و اوضاع زمانه به گونه‌ای است که این رفتار به صورت آسیب روانی شایعی در بسیاری از افراد نوجوان و جوان درآمده است [۲۶].

طبق گزارش‌ها، طی چند سال گذشته خودآسیب زنی و تیغ‌نداختن روی دست، پا، ران و حتی سر به یک روال معمول میان دختران ۱۴ تا ۱۶ ساله ایرانی تبدیل شده است. چنین رفتاری در بیشتر مدارس کشور دیده می‌شود [۲۷]. آسیب به خود به جز برش یا سوزاندن خود شامل انواع دیگری نیز مثل ضربه‌زدن، مشت کوبیدن به دیوار و اشیای دیگر برای القای درد، شکستن استخوان، خوردن مواد سمی و پیشگیری از بهبود زخم است [۲۸]. نوجوانانی که به خود آسیب می‌زنند، کمتر از یک ساعت برای این کار برنامه‌ریزی می‌کنند [۲۹]. آن‌ها اغلب احساس کمین‌های از درد یا بی‌دردی دارند [۳۰]. در حالی که برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد آسیب به خود در دختران شایع‌تر از پسران است [۳۱]. پژوهش‌های دیگری نشان می‌دهد که هیچ تفاوت جنسیتی در این باره وجود ندارد [۳۲]. بنا به گفته Bateman و Fonagy [۳۳] آسیب به خود در نوجوانان در پاسخ به استرس رابطه رخ می‌دهد؛ هنگامی که شکست‌های شخصی بیانگر شکست در روابط بین‌فردی از نظر وضعیت‌های ذهنی است.

ذهنی‌سازی یا Mentalization شکلی از فعالیت ذهنی درباره خود و دیگران یعنی فهم و تفسیر رفتار انسان در وضعیت‌های ذهنی آگاهانه (مثل نیازها، آرزوها، احساس‌ها، باورها، اهداف، مقاصد و دلایل) است. این مفهوم از نظریه ذهن گرفته شد و برای اولین بار توسط Fonagy در سال ۱۹۸۹ به طور گسترده‌تر درباره درک تعدادی از اختلال‌های روانی توسعه یافت [۳۴]. ذهنی‌سازی فرایندی است که به وسیله آن فرد به طور خودکار و کنترل شده به شناخت از خود و دیگران دست پیدا می‌کند [۳۵].

ارتباط با دیگران، تفسیر رفتارهای دیگران، تجربه احساسات و فعالیت‌های ارتباطی با دیگران را بیاموزند [۵].

آسیب به خود به مثابه یک عمل عمدی صدمه به خود بدون فکر به خودکشی تعریف می‌شود [۶] و با ناتوانی در مقاومت در برابر ضربه، افزایش حس تنش قبل از انجام و تجربه آزادی و تسکین پس از انجام در قالب ویژگی‌های ضروری همراه است. در راهنمای تشخیصی اختلال‌های روانی، آسیب به خود به نشانه‌ای از اختلال شخصیت مرزی Borderline personality disorder محدود شده است [۷]. اما استدلال بر این است که آسیب به خود باید یک سندرم جداگانه باشد [۸ و ۹]. Favazza و Rosenthal پیشنهاد کرده‌اند که آسیب به خود یک سندرم نقص خود با افزودن اشتغال ذهنی همراه با صدمه‌زدن در نظر گرفته شود [۱۰]. Muehlenkamp پیشنهاد کرده است که رفتارهای خودآسیب‌رسان با تأکید بر نبود قصد خودکشی آگاهانه، ناتوانی در مقاومت در برابر تکانه‌ها، عاطفه منفی، حالت شناختی پیش و تسکین پس از آسیب به خود و وجود اشتغال ذهنی در مورد تکرار رفتار باید یک سندرم بالینی جداگانه باشند [۱۱]. اما طبقه‌بندی آسیب به خود تنها به شکل نشانه‌ای از BPD در تضاد با نشانه‌های اخیر است؛ نیز آسیب به خود باید از اقدام به خودکشی هم جدا شود. زیرا رابطه بین آسیب به خود و اقدام به خودکشی پیچیده و متنوع است [۱۲]. توافق عمومی بر این است که یک هم‌پوشانی بین رفتار آسیب به خود و خودکشی وجود داشته باشد [۱۳ و ۱۴]. تحقیق‌های طولی اخیر ثابت کرده است که آسیب به خود پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در نوجوانان و با افسردگی مقاوم به درمان همراه است [۱۵] تکانش-گری، جنسیت مؤنث و مشکلات میان‌فردی نیز از عوامل خطر این نوع رفتار است [۱۶]. درباره توصیف رفتارهای خودآسیبی دو تبیین روان‌شناسانه و روان‌پزشکانه وجود دارد. به عقیده روان‌پزشکان رفتار آسیب به خود یکی از نشانه‌هایی است که همراه با اختلال‌هایی نظیر اختلال شخصیت مرزی، اختلال‌های خلقی و غیره دیده می‌شود [۱۷]. نیز در بین کودکان معلول، به‌ویژه عمیق و عقب‌ماندگی ذهنی شدید رخ می‌دهد [۱۸] در میان زنان بزرگسال و نوجوانان دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و دیگر اختلال‌های خوردن نیز دیده می‌شود [۱۹ و ۲۰]. از درصد زیادی از بزرگسالان جوان و نوجوان که در تعامل با آسیب به خود هستند حدود نیمی از آن‌ها ممکن است معیارهای افسردگی، اضطراب، اختلال خوردن، اختلال مصرف مواد یا دیگر اختلال‌های روانی عمده داشته باشند. در برابر دیدگاه‌های روان‌پزشکی، روان‌شناسان بر احساس‌ها و افکاری تأکید می‌کنند که به رفتار خودآسیبی منجر می‌شود. برای مثال Roemer و Gratez بر این عقیده اند که رفتارهای

نوجوان دختر شهر ایوان در سال ۹۷-۹۶ تشکیل داد. نمونه‌ها با کمک مشاوران مدارس شناسایی (نمونه‌گیری در دسترس) و به صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش به میزان ۸ جلسه تحت مشاوره بر اساس الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی قرار داده شدند. در مورد گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن رفتار آسیب به خود دست‌کم ۱ بار در سال، سن ۱۵ تا ۱۸ سال، جنسیت مؤنث و رضایت برای شرکت در پژوهش بود.

۲.۱. ابزار اندازه‌گیری

آزمون ذهن‌خوانی از طریق چشم‌ها Reading the Mind in the Eyes Test، توسط [Baron-Cohen ۴۳] برای سنجش ذهنی‌سازی تهیه شد. فرم تجدیدنظرشده این آزمون شامل ۳۶ پرسش است که شامل عکس‌هایی از چشم هنرپیشه‌های زن و مرد است. با هر پرسش، ۴ توصیف حالت ذهن (۱ حالت هدف و ۳ حالت انحرافی با همان ارزش هیجانی) ارائه می‌شود. تنها با استفاده از داده‌های بینایی از پاس دهندگان خواسته می‌شود واژه‌ای را که بهترین توصیف‌کننده فکر یا احساس صاحب چشم‌ها است انتخاب کنند. برای نمره‌گذاری به هر پاسخ درست، نمره ۱ تعلق می‌گیرد و نمره‌ها بین دامنه ۰ و ۳۶ قرار می‌گیرند. نمره کمتر از ۲۲ نشانگر ذهنی‌سازی پایین، نمره ۲۲-۳۰ بین نشانگر ذهنی‌سازی متوسط و نمره بالاتر از ۳۰ نشانگر ذهنی‌سازی بالا است. در پژوهش Shekofte, Rafiei Nia, Sabahi [۴۱] هم‌سانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) این تست ۰/۷۳ و پایایی آن به روش کودریچاردسون ۰/۶۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه کیفیت روابط Quality of relationship inventory توسط pierce و همکاران ساخته شد [۴۴]. این پرسش‌نامه دارای ۲۹ ماده بود؛ اما در ویرایش بعدی آن ۴ ماده حذف شد و در نهایت ۲۵ ماده باقی ماند. شیوه نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای به صورت هیچ، کم، متوسط و زیاد است. در هر یک از ۲۵ آیت، فرد باید کیفیت روابط خود را با والدین، دوستان و همسر ارزیابی کند. کمینه امتیاز ممکن ۲۵ و بیشینه ۱۰۰ است. نمره بین ۲۵ تا ۵۰ یعنی کیفیت روابط پایین است. نمره بین ۵۰ تا ۶۲ نشان‌دهنده کیفیت روابط متوسط و نمره بالاتر از ۶۲ معرف کیفیت روابط بالا است. این پرسش‌نامه را برای اولین بار در ایران Ebrahimi ترجمه و ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) ۰/۷۳ را برای آن گزارش کرد [۴۵]. در پژوهش Hossaini Ghadamgahi پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۳ به دست آمد [۴۶].

پرسش‌نامه خودآسیبی عمدی Deliberate Self Harm Inventory توسط Gratez تهیه شده است [۴۷]. این پرسش‌نامه یک مقیاس خودگزارش‌دهی است و به منظور اندازه‌گیری انواع

شواهد درباره بررسی‌های نوروفیزیولوژیکی به ۲ سیستم عصبی مختلف اشاره می‌کند که مبتنی بر رویکرد خودکار و کنترل شده است [۳۶]. ذهنی‌سازی خودکار به فعال‌شدن آمیگدال، گانگلیا پایه، قشر پیشانی قدامی، قشر جانبی گیج‌گاهی، قشر فوقانی قدامی و سیستم عصبی آینه‌ای مرتبط است. این‌ها مدارهای مغز تکامل‌یافته‌ای هستند که به شدت به داده‌های حسی و تطبیق رویه‌ای وابسته‌اند (احساس‌کردن احساس‌های دیگران یا تحریک احساس‌ها در دیگری که مطابق با فرد است). مدار مغزی که در ذهنی‌سازی کنترل‌شده دخیل است، شامل قشر پیشانی میانی، قشر پیشانی جانبی، قشر جداری جانبی، قشر جداری میانی، لوب گیج‌گاهی میانی و قشر کمربندی قدامی است. این‌ها مدارهای مغز تکامل‌یافته‌ای هستند که بر داده‌های زبان‌شناختی، قیاسی و نمادین متکی‌اند که به دنبال ایجاد هم‌گرایی نمایشی یا روایی هستند (تولید دسته یا داستان‌هایی است که مرتبط و منطقی هستند) [۷ و ۳۸].

ذهنی‌سازی بیشتر به صورت محاوره‌ای و تعاملی انجام می‌گیرد. یعنی در زمان تعامل هر فرد حالات ذهنی خود و دیگران را مورد توجه قرار داده و ذهنیت دیگران را در ذهن نگه می‌دارد [۳۹] و فرد را قادر می‌سازد با یک پارچه‌سازی شناخت خود و شناخت روابط با دیگران، فقدان، تروما و احساس‌های ناراحت‌کننده از قبیل ناامیدی، خشم، غم، اضطراب، شرم و گناه را مدیریت کند [۴۰]. افراد از لحاظ توانایی ذهنی‌سازی به درجات مختلف روی یک پیوستار قرار دارند. در یک سر پیوستار با ذهنی‌سازی پیشرفته و در سر دیگر آن با نقص در ذهنی‌سازی مواجه‌اند [۴۱]. اما هنگامی که ذهنی‌سازی افت پیدا می‌کند رفتارهای تکانه‌ای و حالت‌های روانی برای تحریک آسیب به خود افزایش می‌یابد [۴۲].

گفته می‌شود افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی به‌منابه یک مهارت لازم و ضروری به منظور موفقیت در مقابله با هیجان‌های شدید در نظر گرفته می‌شود [۳۴]. از این رو انتظار می‌رود مداخله‌های درمانی برای بازگرداندن ظرفیت هیجان‌های مثبت، ذهنی‌سازی را تسهیل کند. افزایش این ظرفیت نیز هیجان‌های شدید را که باعث تحریک آسیب به خود می‌شوند کنترل و در نهایت باعث کاهش رفتار خودآسیبی در فرد می‌شوند. Rossouw و Fonag [۴۲] با به‌کارگیری الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر نوجوانان دارای رفتار خودآسیبی، شاهد کاهش این رفتار در آن‌ها بودند. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش ذهنی‌سازی بر افزایش کیفیت روابط خانواده و کاهش رفتار آسیب به خود در دختران نوجوان شهر ایوان بود.

۲. مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های مداخله‌ای پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق را همه دانش‌آموزان

تمرین مدیریت سازگاران هیجان‌های کنترل ناپذیر). جلسه چهارم: حفظ و نگهداری اتحاد، همکاری و ذهنیت‌سازی شخص، خانواده و گروه (بررسی عملکرد خانوادگی، شناسایی عوامل استرس‌زا در خانواده و توانایی ذهنیت‌سازی خانواده در ارتباط با وضع عاطفی با به چالش کشیدن آن، تمرین ذهنیت‌سازی از طریق تقویت صمیمیت، اعتماد، هم‌دلی، حمایت و درک در گروه و خانواده). جلسه پنجم: مدیریت شکست ذهنیت‌سازی و انتقال متقابل (تمرین درک افکار و احساس‌های خود و خانواده و دیگران. شناخت و مقابله با نشانه‌های اضطراب و افسردگی. اکتشاف تجربه درمان‌جو در روابط فعلی با درمانگر، تشخیص احساس‌ها و افکار و تعامل‌های مرتبط با این احساس‌ها، مشارکت درمانگر در ایجاد یک دیدگاه جایگزین ناشی از رابطه درمانی). جلسه ششم: یک‌پارچه‌سازی دیدگاه شخص، خانواده و گروه (افزایش ظرفیت ارتباطی باز و پذیرا بودن نسبت به دیدگاه دیگران، علاقه و احترام به افکار و احساس‌های دیگران، تمایل به کشف و تمایل نداشتن به پیش‌بینی یا پیشگیری از تعصب درباره آنچه دیگران فکر یا احساس می‌کنند. آگاهی از تأثیر افکار، احساس‌ها و اعمال شخص بر دیگران). جلسه هفتم: تمرین ذهنیت‌سازی با به چالش کشیدن اوضاع عاطفی و بین‌فردی (ایجاد ذهنیت‌سازی موفق با درگیر کردن ذهن فرد در موقعیت‌های چالش‌انگیز. ایجاد تعادل بین جنبه‌های مختلف ذهنی مثل خودکار و کنترل‌شده، عاطفه و شناخت، خود و دیگران. تقویت حمایت خانوادگی و بین‌فردی مبتنی بر ذهنیت‌سازی و نزدیکی عاطفی). جلسه هشتم: برنامه‌ریزی برای حفظ ذهنیت‌سازی 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). برگرفته از [Blieberg ۴۸].

۳. یافته‌های پژوهش

میانگین سنی گروه آزمایش، ۱۶/۴۷ و انحراف استاندارد ۰/۷۷ و نیز میانگین سنی گروه کنترل ۱۶/۴۰ و انحراف استاندارد ۰/۸۲ بود. با توجه به طرح پژوهش که از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود برای تحلیل داده‌ها و به‌منظور کنترل پیش‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. در این نوع تحلیل باید پیش‌شرط‌هایی رعایت شود تا بتوان به نتایج تحلیل اطمینان کرد. یکی از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، هم‌گونی واریانس بین گروه‌ها است که برای بررسی آن از آزمون لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه‌شده درباره متغیرهای تحقیق معنادار نبود؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شرط هم‌گونی واریانس‌ها رعایت شده است (ذهنی‌سازی: $p=0/53 > 0/05$ و

رفتارهای خودآسیبی در جامعه غیر بیمار طراحی شده است. آزمون شامل ۱۵ عبارت توصیفی درباره انواع رفتارهای خودآسیبی عمدی شایع (به سر و صورت زدن، خراشیدن و سوراخ کردن پوست، سوزاندن، حکاکی نوشته‌ها و عکس بر روی پوست و غیره) است. در هر عبارت درباره مدت زمان و دوام این رفتارها در یک سال گذشته پرسش می‌شود. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به‌صورت بله (نمره ۱) و نه (نمره ۰) است. Gratez [۴۷] ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را ۰/۸۲ و ضریب پایایی آن را پس از ۲ هفته (آزمون و بازآزمون) ۰/۶۸ محاسبه کرده است. Paivastegar در پیوهش مقدماتی بر ۴۰ دانش‌آموز دختر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ را به‌دست آورد [۲۴].

۲.۲. روش تجزیه و تحلیل

در تجزیه و تحلیل داده‌ها، به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، افزون‌بر استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (مثل میانگین و انحراف استاندارد) از شاخص آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون خی دو استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss-20 انجام شد.

۲.۳. روش مداخله

الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌صورت یک ساختار ویژه با تکنیک‌های خاص تعریف نمی‌شود، بلکه فرایند تحریک ذهنی‌سازی و توسعه روابط برای ایجاد دوباره ذهنیت‌سازی یا حفظ آن است. هدف دادن اطلاعات بیشتری به افراد است درباره اینکه چگونه در مورد خود و رابطه با دیگران فکر و احساس کنند و چطور افکار و احساساتشان به رفتارشان جهت و معنا می‌دهد و چگونه تحریف در فهم خود و دیگران منجر به رفتار ناسازگارانه می‌شود [۴۸]. این الگو شامل ۸ جلسه مداخله است: ۴ جلسه مداخله فردی، ۲ جلسه مداخله خانوادگی و ۲ جلسه مداخله گروهی.

۲.۴. خلاصه جلسه‌ها

جلسه نخست: توضیح جلسه‌ها، اهداف و سیر درمان، تعهد در درمان، طرح مسئله (روشن‌سازی مسئله، تشخیص نشانه‌های آسیب به خود و میزان شدت نشانه‌ها، بررسی ظرفیت ذهنیت‌سازی با بررسی ذهنیت خودکار، تحریک‌پذیری، فشار و استرس. بررسی نقاط قوت ذهنیت‌سازی و آسیب‌پذیری و زمینه‌های احساسی و بین‌فردی که در آن مشکلات ذهنیت‌سازی ظاهر می‌شوند). جلسه دوم: بازسازی، وساطت، امید، مشارکت (آموزش مهارت‌ها و نگرش‌های درگیر در ذهنیت‌سازی مانند کنجکاوی، پذیرا بودن، وساطت و امید، تقویت انعطاف‌پذیری و مقابله با استرس). جلسه سوم: اصلاح نشانه‌های خودآسیب‌زنی (از طریق آموزش مهارت‌های مقابله با درگیری و احساس‌های آسیب‌پذیر، مقابله با ذهنیت خودکار،

معنادار نیست و حاکی از هم‌گونی ضرایب رگرسیون است {ذهنی سازی: $F=0/05$ و $P=0/81 > 0/05$ ، کیفیت روابط خانواده: $F=0/05 > 0/05$ و $P=0/16$ }. با توجه به رعایت مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، استفاده از این آزمون آماری مجاز خواهد بود. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های کیفیت روابط خانواده و ذهنی‌سازی در ۲ گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی کیفیت روابط خانواده و ذهنی‌سازی به تفکیک گروه و مرحله آزمون

متغیر	مرحله	میانگین		انحراف استاندارد	
		آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
کیفیت روابط خانواده	پیش‌آزمون	۴۸/۵۳	۵۲/۴۷	۱۰/۱۹	۱۰/۱۹
	پس‌آزمون	۶۱/۳۳	۵۳/۶۰	۱۰/۰۳	۹/۱۷
ذهنی‌سازی	پیش‌آزمون	۱۵/۲۷	۱۶/۶۰	۲/۹۴	۱/۸۷
	پس‌آزمون	۲۰/۸۷	۱۶/۷۳	۲/۸۴	۲/۶۹

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت روابط خانواده و ذهنی‌سازی

متغیر	منبع	Ss	df	Ms	F	P	η^2
کیفیت روابط خانواده	پیش‌آزمون	۲۳۵۳/۱۸	۱	۲۳۵۳/۱۸	۲۶۰/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۹۰
	گروه	۹۰۰/۰۳۹	۱	۹۰۰/۰۳۹	۹۹/۷۲	۰/۰۰۰	۰/۷۹
	خطا	۲۳۴/۶۵۰	۱	۹/۰۲۵	-	-	-
ذهنی‌سازی	پیش‌آزمون	۸۶/۱۹۹	۱	۸۶/۱۹۹	۱۹/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۴۳
	گروه	۱۸۳/۷۷	۱	۱۸۳/۷۷	۴۱/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۶۱
	خطا	۱۱۳/۸۸	۲۶	۴/۳۸	-	-	-

جدول ۳. نتایج آزمون خی دو برای اقدام آسیب به خود بین دو گروه آزمایش و گواه

آسیب به خود	عدم بازگشت	بازگشت	کل
گروه	فراوانی/درصد	فراوانی/درصد	فراوانی/درصد
آزمایش	۱۱(۷۳/۳۳)	۴(۲۶/۶۶)	۱۵(۱۰۰)
کنترل	۵(۳۳/۳۳)	۱۰(۶۶/۶۶)	۱۵(۱۰۰)
کل	۱۶(۵۳/۳۳)	۱۴(۴۶/۶۶)	۳۰(۱۰۰)

$P < 0/05$ و $df=1$ و $\chi^2=4/82$

است. برای مقایسه بازگشت رفتار آسیب به خود در بین دو گروه آزمایش و گواه از آزمون خی ۲ استفاده شد که نتایج آن معنادار است ($P < 0/05$ و $df=1$ و $\chi^2=4/82$). با توجه به خی ۲ به دست آمده می‌توان گفت که نسبت فراوانی بازگشت رفتار آسیب به خود بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار است و در گروه آزمایش به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است. به عبارتی می‌توان گفت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌طور معناداری در کاهش آسیب به خود مؤثر بوده است.

۴. بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش ذهنی‌سازی بر افزایش کیفیت روابط خانواده و کاهش رفتار آسیب به خود

چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین نمره‌های پس-آزمون کیفیت روابط خانواده و ذهنی‌سازی پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد {کیفیت روابط خانواده: $F=99/72$ و $\eta^2=0/79$ و $P < 0/001$ ، ذهنی‌سازی: $F=41/95$ و $\eta^2=0/61$ و $P < 0/001$ }. بنابراین میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری در کیفیت روابط خانواده و ذهنی‌سازی بیشتر از گروه گواه است. به-عبارتی می‌توان گفت که آموزش الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌طرز معناداری موجب افزایش کیفیت روابط خانواده و ذهنی‌سازی در مرحله پس‌آزمون شده است. طبق یافته‌های جدول ۳ نسبت بازگشت رفتار آسیب به خود پس از مداخله، در گروه آزمایش ۲۶/۶۶ درصد و در گروه گواه ۶۶/۶۶ درصد

خانواده کمک می‌کند، راهبرد درمانی این الگو در این زمینه بررسی عملکرد خانوادگی، شناسایی عوامل استرس‌زا در خانواده و توانایی ذهنیت‌سازی خانواده در وضعیت‌های هیجانی و عاطفی است. نشانگرهای ذهنیت‌سازی از جمله کنجکاوی، احترام، هم‌دلی، هم‌دردی و وساطت در همه اعضای خانواده بررسی می‌شود، آن‌گاه تعامل نوجوان و خانواده برای ارزیابی ظرفیت‌های ذهنیت‌سازی اتفاق می‌افتد. عامل دیگر در بروز آسیب به خود ذهن فرد است. ذهن نوجوان خود آسیب‌رسان بر اثر فشارهای روانی زیاد به‌طور خودکار و کنترل‌نشده پردازش می‌کند و واکنش نشان می‌دهد. نقطه مقابل آن زمانی است که ذهن فرد می‌تواند خود را در آن موقعیت کنترل یا مهار کند. ذهنیت‌سازی خودکار یک شکل از پردازش غیرواقعی، سریع و موازی است و نیازمند تلاش کم توجه، آگاهی یا قصد است. ازسوی دیگر، ذهنیت‌سازی کنترل‌شده، نیاز به توجه، بازتاب و تلاش دارد. برای ذهنیت‌سازی قوی، سازگارانه و متعادل انعطاف‌پذیری تغییر از عمدتاً خودکار به کنترل بیشتر لازم است که توسط آگاهی از حالت ذهنی خود و دیگران هدایت می‌شود. الگوی مبتنی بر ذهنیت‌سازی با آموزش فرد به واسطه آگاهی از حالت ذهنی خود و دیگران، می‌تواند با انعطاف‌پذیری بیشتر از حالت خودکار به کنترل‌شده حرکت کند.

از آنجا که مدیریت هیجان‌ها یا تنظیم هیجانی یکی از دلایل آسیب به خود است، همان‌گونه که Turp [۵۰] بیان می‌کند افزایش واکنش‌دهی هیجانی در دوره نوجوانی، فقدان مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و اختلال در مهارت‌های تنظیم هیجانی از عوامل دخیل در آسیب به خود است. Blieberg [۴۸] معتقد است نوجوان از خودزنی به‌جای راهی برای مدیریت احساس‌های خود استفاده می‌کند. بر این اساس مهم‌ترین کارکرد خودآسیب‌رسانی، رهایی از هیجان‌های کنترل‌ناشدنی مانند اضطراب، تنفر و خشم بیان شده است. طبق پژوهش حاضر افراد تحت آموزش الگوی مبتنی بر ذهنیت‌سازی با تقویت ذهنیت‌سازی کنترل‌شده، دارای توانایی مهار هیجان‌های کنترل‌ناشدنی منجر به خودآسیب‌رسانی می‌شوند و در نتیجه آسیب به خود کاهش پیدا می‌کند.

نتایج بالا نشان می‌دهد که تغییر مثبت در ذهنیت‌سازی و بهبود روابط خانوادگی موجب کاهش آسیب به خود در نوجوانان می‌شود. به‌نظر می‌رسد مهم‌ترین تأثیر ارتقای ذهنیت‌سازی کاهش رفتارهای ریسک‌پذیری است که در آسیب به خود اتفاق می‌افتد. با توجه به اینکه اولین بار است که یک الگوی درمانی برنامه ویژه‌ای برای کاهش آسیب به

در دختران نوجوان شهر ایوان بود. نتایج به‌دست آمده از تحلیل کوواریانس نشان داد هم میانگین کیفیت روابط خانواده در گروه آزمایش به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است و هم میانگین ذهنیت‌سازی. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت الگوی مبتنی بر ذهنیت‌سازی بر افزایش کیفیت روابط خانواده و ارتقای ذهنیت‌سازی افراد مؤثر است. چنان‌که نتایج آزمون خی ۲ نیز نشان می‌دهد نسبت فراوانی بازگشت رفتار آسیب به خود در دو گروه آزمایش و گواه معنادار است و در گروه آزمایش به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است. به‌عبارتی می‌توان گفت الگوی مبتنی بر ذهنیت‌سازی به‌طور معناداری در کاهش آسیب به خود هم مؤثر است. این یافته‌ها با پژوهش Fonagy و Rossouw [۴۲] هم‌خوانی دارد که در آن درمان مبتنی بر ذهنیت‌سازی بر روی ۸۰ نوجوان (۸۵٪ دختر) در کاهش رفتار خودآسیبی به‌کار برده شد. نتایج نشان داده است در مقایسه با نوجوانان تحت درمان‌های معمول، افرادی که روان‌درمانی مبتنی بر ذهنیت‌سازی دریافت کردند شانس بهتری در کاهش رفتار خودآسیبی داشتند.

می‌توان گفت در خانواده‌های دارای فرزند خودآسیب‌رسان میزان درک یک‌دیگر به‌دلیل شکست ذهنیت‌سازی بسیار پایین است؛ یعنی والدین نمی‌توانند احساس‌ها، خواسته‌ها و نیازهای نوجوان را درک کنند. نوجوان نیز به‌طورمتقابل درکی از آنچه در اثر آسیب به خود بر والدین ممکن است وارد شود ندارد. در پژوهش Khanipour, Borjeli, Golzari, Phalsafi Nejad, Hakim Shooshtari [۲۶]. توافق نداشتن نوجوان و خانواده بر سر مسائلی مانند زمان بیرون ماندن از خانه، مسائل مالی، نوع پوشش و در کل مسائل مرتبط با تلاش نوجوان برای مستقل شدن و مقاومت خانواده، از عوامل مؤثر خانوادگی در شروع خودآسیب‌رسانی نوجوانان مؤثر شمرده شده است. یافته‌های بسیاری بر این موضوع تأکید دارند که جو آشفته خانوادگی و والدینی که با روش‌های بی-اعتبار ساز با نوجوان برخورد می‌کنند، زمینه بروز آسیب به خود را به‌وجود می‌آورند [۴۹]. Blieberg [۴۸] معتقد است خانواده نوجوان خودآسیب‌رسان در گفت‌وگویی مانند آنچه در بین ناشنوایان اتفاق می‌افتد گیر کرده است. یعنی در هر کسی که احساس شنیده‌نشدن یا درک‌نشدن می‌کند و هیچ امیدی ندارد که کس دیگر بتواند از دیدگاه فردی او قدردانی کند، تطبیق بسیار کمتر شده و نیازها و احساس‌های او در نظر گرفته نمی‌شود. با توجه به نقش تأثیر خانواده در بروز آسیب به خود، الگوی مبتنی بر ذهنیت‌سازی با تشکیل جلسه-های خانوادگی به بهبود کیفیت روابط بین‌فردی درون

شخصیت مرزی برای پیشگیری از پیامدهای فردی، روانی و اجتماعی مؤثر دانسته‌اند [۵۳]. Fonagy و Brent با به-کارگیری این الگو بر افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به بهبود درک وضعیت ذهنی بیماران کمک کرده‌اند [۵۴].

با توجه به شیوع آسیب به خود در بین نوجوانان دختر و الگوبرداری از هم‌دیگر، به‌کارگیری این الگوی درمانی در کاهش رفتار آسیب به خود از طرف مشاوران مدرسه و لزوم برگزاری کارگاه‌های آموزشی پیشگیرانه برای دانش‌آموزان و والدین آن‌ها با توجه به مؤلفه‌های الگو از جمله درک، هم-دلی، احترام، حمایت، انعطاف‌پذیری، مدیریت هیجان و غیره پیشنهاد می‌شود. از جمله محدودیت‌های این تحقیق سختی کار با خانواده‌ها و گروه‌ها در مدرسه بود. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به محدودیت زمانی سال تحصیلی اشاره کرد که پژوهشگر موفق نشد نمره‌های پی‌گیری را گردآوری و تجزیه و تحلیل کند. پیشنهاد می‌شود پس از پایان جلسه‌های درمانی پی‌گیری‌های لازم تا ۱ سال صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همه دانش‌آموزان نوجوان شهر ایوان که در این پژوهش شرکت کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم

خود در نوجوانان پیشنهاد می‌کند این یافته می‌تواند دستاورد چشم‌گیری باشد. الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی فاقد پیشینه پژوهشی در ایران است که خودبه‌خود ضرورت بررسی‌های دیگر را روشن می‌کند. درباره پیشینه اثربخشی الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش آسیب به خود می‌توان به پژوهش Rossouw و Fonagy اشاره کرد [۴۲]. این الگو بر نوجوانان و خانواده‌ها و افراد دارای اختلال شخصیت مرزی که رفتارهای آسیب به خود دارند نیز بررسی شده و با نتایج مثبت همراه بوده است [۳۳، ۳۵، ۴۸]. Bateman و همکاران در پژوهش خود با به‌کارگیری عوامل مشترک درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر افراد دارای اختلال شخصیت مرزی که دچار فقدان انعطاف‌پذیری ناشی از مشکلات اعتمادی بودند از اثربخشی این الگو خبر دادند. آن‌ها اثربخشی الگو را ناشی از ایجاد موقعیت برای به‌وجود آمدن اعتماد، استفاده از تجربه ذهنی دیگران، یادگیری چگونگی ذهنیت‌سازی دیگران و سپس اعمال و توسعه این تجربه‌ها در زندگی بیان کرده‌اند [۵۱]. Williams و همکاران این الگو را در درمان نوجوانان دارای رفتارهای آسیب به خود و اختلال شخصیت در حال ظهور به‌کار برده‌اند و به آن‌ها در توسعه روابط دل‌بستگی و افزایش توانایی ذهنی‌سازی آموزش داده‌اند [۵۲]. Beck و همکاران به‌کارگیری این الگو را بر نوجوانان با اختلال

References

- [1]. Krasikian, Addis. [Psychological tests; Family Relations Index]. School of Educational Development 2016; 44: 52-4. (Persian)
- [2]. Mckeown K, pratschke j, Haase T. Family wel-being: what make difference? Retrieved from [http://www.welfare.ie/EN/Policy/Research surveys And Statistics/ Families Reserch Programme/Documents/famwell 2003](http://www.welfare.ie/EN/Policy/Research%20surveys%20And%20Statistics/Families%20Reserch%20Programme/Documents/famwell%202003).
- [3]. Shahraki sanavi F, Navidian A, Ansari Moghadam A, Faraji Shvv M. [Investigating the Relationship Between Family Communication Patterns on Teen Quality of Life]. Quarterly J Family Counseling and Psychotherapy 2011; (1) 1: 114-101. (Persian)
- [4]. Masudenva, I. [Determination of the status of the index of family relationships as one of the indicators of family health and its impact on the quality of the performance of Yazd police forces]. J Social Sciences, Faculty of Literature and Human Sciences, Ferdowsi University of Mashhad 2015; 12: 77-106. (Persian)
- [5]. Koerner AF. Family Communication Patterns and Social Support in Families of Origin and Adult Childrens Subsequent Intimate Relationships. International Association for Relationship Research Conference, Madison, WI 2004; 1-39.
- [6]. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodver I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). Am J Psychiatry 2011; 168: 495-501.
- [7]. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washing-ton DC 1994.
- [8]. Favazza AR, Rosenthal RJ. Types of pathologic self-mutation Behav Neurol 1990; 3: 77-85. DOI: 10.1155 / 1990/572716
- [9]. Kahan J, PATTISON EM. Proposal for a Distinctive Detection: Intentional Injury Syndrome (DSH) Suicide Threat to Behav 1984; 14: 17-35.
- [10]. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic problems in their own disadvantages Psychiatric Hospital 1993; 44: 134-140.
- [11]. Muehlenkamp JJ. Self-harm behaviors are a separate clinical syndrome. Orthopsychiatr 2005; 75: 324-333. DOI: 10.1037 / 0002-9432.75.2.324
- [12]. Klonsky ED, Mav AM, Glen CR. Relationship between nonsuicidal self-harm and suicidal attempt: convergent evidence from four examples J Abnorm Psychol 2013; 122: 231-237. DOI: 10.1037 / a0030278
- [13]. Knock MK, Joiner TE, Jr, Gordon KH, Lloyd Richardson E, Prestin MJ. Non-Suicide Self-harm Among Adolescents: Diagnostic Factors and Relationship with Suicide Being Psychiatric Research 2006; 144: 65-72. DOI: 10.1016 / j. psychres 2006; 05.010
- [14]. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-harm: A research study for the physician J Psychol 2007; 63: 1045-1056. DOI: 10.1002 / iclp.20412
- [15]. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: findings from the TORDIA study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011; 50: 772-81.
- [16]. Hakim Shooshtari M, Khanipour H. [Comparison of Self-Sufficiency and suicide attempt in adolescents: A systematic review] J Psychiatry and Clinical Psychology of Iran, 2014; (1) 20: 13-3. (Persian)

- [17]. Riggs T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger Do. Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *J Aggression, Maltreatment & Trauma* 2008; 19: 5-51.
- [18]. Kahng SW, Iwata BA, Lewin AB. Behavioral treatment of self-injury, 1964 to 2000. *Am J Ment Retard* 2002; 107(3): 212-221.
- [19]. Paul T, Shroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 408-11.
- [20]. Bjärehed I, Lundh LG. Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: how frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cognit Behav Ther* 2008; 37(1): 26-37.
- [21]. Gratz KL, Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behavior Therapy* 2008; 37: 14-25.
- [22]. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life-Threatening Behav* 2004; 134: 12-23.
- [23]. Harrington R, Pickles A, Aglan A, Harrington V, Burroughs H, Kerfoot M. Early adult outcomes of adolescents who deliberately poisoned themselves. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 337-45.
- [24]. Paivastegar, M. [The Prevalence of Self-Afflicted Behavior and Its Relationship with Loneliness and Attachment Styles in Female Students, Psychological Studies, Faculty of Educational Sciences and Psychology] *Alzahra University* 2013; 9(3): 51-29. (Persian)
- [25]. Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Can Med Assoc J* 2008; 178: 306-12.
- [26]. Khanipour H, Borjeli A, Golzari M, Phalsafi Nejad MR, Hakim Shooshtari M. [Self-injury in juvenile offenders with a history of mood disorders: A Qualitative Research]. *Qualitative Research J Health Sciences* 2013; (3) 2: 195-207. (Persian)
- [27]. Zohuri, H. [Iranian News Agency], Release Date: 10/14/2016; <http://www.asriran.com/en/news>.
- [28]. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 2006; 117(6): 1939-48.
- [29]. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(1): 80-87.
- [30]. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol* 2005; 114(1): 140-46.
- [31]. Lave-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the "whats" and "whys" of self-harm. *J Youth Adolesc* 2005; 34(5): 447-57.
- [32]. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2007; 11(2): 129-47.
- [33]. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press 2004;
- [34]. Hoermann S, Zupanick CE, Dombeck M. Attachment Theory Expanded: Mentalization 2013; <https://www.mentalhelp.net>
- [35]. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010; 9(1): 11-15.
- [36]. Keyzers C, Gazzola V. Towards a unifying neural theory of social cognition. *Prog Brain Res* 2006; 156: 379-401.
- [37]. dain LQ, Iacoboni M, Lange C, et al. The self and social cognition: the role of cortical midline structures and mirror neurons. *Trends Cogn Sci* 2007; 11(4): 153-7.
- [38]. Lieberman MD. Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annu Rev Psychol* 2007; 58: 259-89.
- [39]. Allen JG. *Coping with Depression: From Catch 22 to Hope*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing 2006.
- [40]. Allen J, Haslam-Hopwood T, Strauss JS. Mentalizing as a compass for treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2003; 67: 1-11.
- [41]. Shekofte S, Rafiei Nia P; Sabahi P. [Comparison of the theory of mind and facial excitement in psychedelic, neurotic and normal] *new cognitive science* 2014; 16(1): 28-21. (Persian)
- [42]. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Mentalization J American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2012; 51(12): 1304-13.
- [43]. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste, Y, Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *J Child Psychol Psychiat* 2001; 42(2): 241-251.
- [44]. Pierce GR, Sarason IG, Sarason BR. General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *JPersSoc Psychol*, 1991; 61 (6): 1028-39.
- [45]. Ebrahimi A, Bulalkeri J, Zolfaghari F. [Study of psychological aspects of post-spinal cord correlation, Master's dissertation] *Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute* 1992. (Persian)
- [46]. Hosseini Ghadamgahi, J. [Quality of social relationships, stress levels and coping strategies in coronary heart disease patient, Master's thesis, Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute] *Tehran University of Med* 1997. (Persian)
- [47]. Gratez KL. Measurement of deliberate self-Harm: preliminary Data on deliberate self-Harm Inventory. *J psychopathology and Behavioral assessment* 2001; 23: 253-63.
- [48]. Bleiberg E. Mentalizing-Based Treatment with Adolescents and Families. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2013; 22: 295-330.
- [49]. Linehan M. *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Guilford Press 1993.
- [50]. Turp M. *Hidden Self-harm: Narratives from Psychotherapy*. London, UK: Jessica Kingsley Pub 2002.
- [51]. Bateman A, Campbell C, Luvten P, Fonagy, P. A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality. *Current Opinion in Psychology* 2018; 21, 44-49.
- [52]. Williams LL, Muir OS, Bleiberg E, MacMillan C, Fleisher C. Basic Concepts in Mentalizing Therapy With Adolescents With Emerging Personality Disorders and Self-Harming Behaviors. *J American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2018; 57(10) 328.
- [53]. Beck E, Bo S, Gondan M, Poulsen S, Pedersen L, Pedersen I, Simonsen E. Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or subthreshold BPD versus treatment as usual (M-GAB): study protocol for a randomized controlled trial. *Pub online* 2016 Jul 12; 17: 314. doi: [10.1186/s13063-016-1431-0]
- [54]. Brent BK, Fonagy P. A Mentalization-Based Treatment Approach to Disturbances of Social Understanding in Schizophrenia. *Social Cognition and Metacognition in Schizophrenia Psychopathology and Treatment Approaches* 2014; 245-259.

The Effectiveness of Mentalization Based Therapy (MBT-A) on Increasing the Quality of Family Relationships and Reducing Self harm in Teenage Girls

Fariba Karimi¹, Kiomars Farahbakhsh^{2*}, Hosain Salimi Bajestani³, Abdollah Moatamedi⁴

1. Phd Counseling, Faculty of Educational Science and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
2. Associate Professor of Counseling, Faculty of Educational Science and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
3. Associate Professor of Psychology, Faculty of Educational Science and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
4. Associate Professor of Counseling, Faculty of Educational Science and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Self-harm is defined as a deliberate act of self-harm without thinking of suicide. The purpose of this study was to investigate the Mentalization Based Therapy on increasing the quality of family relationships and reducing their self-harm behavior in adolescent girls.

Materials and Methods: This research was a pretest-posttest-interventional pattern with control group. The statistical population of the study consisted of all adolescent girls from Avan in 2017-18. Of these, 30 available samples were selected and randomly divided into two experimental and control groups. The intervention included 8 training sessions on the Mentalization Based Therapy. Reading the Mind in the Eyes Test, Quality of relationship inventory and Deliberate Self-Harm Inventory were used. Data were analyzed using covariance analysis and Chi square test.

Results: Showed that there is a significant difference between the mean quality of family relationships and the mentality of the experimental and control group ($P < 0.001$). Also, there was a significant difference between the frequency of self-harm in two groups ($0.05 > P$).

Conclusion: A positive change in mentalization and improvement in family relationships can reduce self-harm. The results of the research are based on the Mentalization Based Therapy of the quality of family relationships and self-harm behavior in adolescent girls.

Received: 2018/11/03

Accepted: 2018/12/17

Keywords Mentalization based therapy, Quality of family relationships, Self-harm, Teenages.