

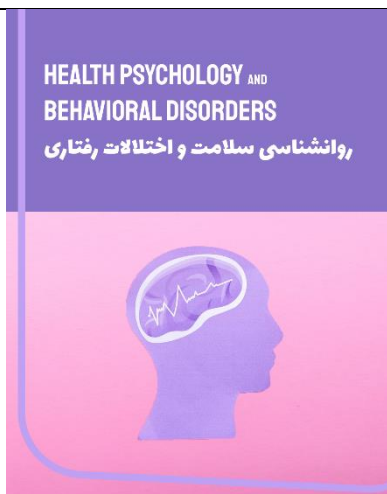
مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و ذهنی‌سازی بر رفتارهای خودجرحی در افراد با ساختار شخصیت مرزی

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۲۰

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۷/۰۸

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۴/۲۹



چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر رفتارهای خودجرحی در افراد با ساختار شخصیت مرزی بود. پژوهش حاضر از نوع کاربردی و با طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه افراد دارای ساختار شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های غرب تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ بود. از میان آنان ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش (درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و درمان ذهنی‌سازی) و یک گروه کنترل تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه سازمان شخصیت کربنرگ (۲۰۰۲) و پرسشنامه خودجرحی سانسون و همکاران (۱۹۹۸) بود. درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر اساس پروتکل دوانلو (۱۹۹۵) و درمان ذهنی‌سازی بر مبنای پروتکل باتمن و فوناگی (۲۰۱۶) اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت. نتایج تحلیل‌ها نشان داد که اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه بر رفتارهای خودجرحی معنادار بود ($p < 0.05$). درمان ذهنی‌سازی باعث کاهش معنادار رفتارهای خودجرحی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون شد ($p < 0.05$), در حالی که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت تأثیر معناداری بر این رفتارها نداشت. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که میانگین رفتارهای خودجرحی در گروه ذهنی‌سازی به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود، اما بین گروه روان‌پویشی کوتاه‌مدت و گروه کنترل تفاوتی مشاهده نشد. نتایج مرحله پیگیری نیز ماندگاری اثر درمان ذهنی‌سازی را تأیید کرد. یافته‌ها نشان داد درمان ذهنی‌سازی در مقایسه با درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در کاهش رفتارهای خودجرحی افراد با ساختار شخصیت مرزی اثربخش‌تر است. تمرکز درمان ذهنی‌سازی بر بهبود ظرفیت درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران، ارتقای تنظیم هیجان و تقویت دلبستگی ایمن، آن را به مداخله‌ای مناسب‌تر برای بیماران مرزی تبدیل می‌کند. در مقابل، درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت به دلیل نیاز به ظرفیت بالای درون‌نگری و تحمل اضطراب ممکن است برای این بیماران در مراحل اولیه مناسب نباشد.

کلیدواژگان: درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت؛ درمان ذهنی‌سازی؛ رفتارهای خودجرحی؛ ساختار شخصیت مرزی.

نسبیه مجدی^۱، محبوبه طاهر^{۱*}، نرگس حاج ابوطالبی^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: Mahboobe.Taher@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: مجدی، نسبیه، طاهر، محبوبه، و حاج ابوطالبی، نرگس. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و ذهنی‌سازی بر رفتارهای خودجرحی در افراد با ساختار شخصیت مرزی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*, ۳(۴), ۱-۱۷.

Comparing the Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Therapy and Mentalization on Self-Injurious Behaviors in Individuals with Borderline Personality Structure

Submit Date: 2025-07-20

Revise Date: 2025-09-30

Accept Date: 2025-10-12

Publish Date: 2025-12-24

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of short-term psychodynamic therapy and mentalization-based therapy on self-injurious behaviors in individuals with a borderline personality structure. This applied research employed a quasi-experimental design with pretest–posttest and a control group along with a two-month follow-up. The statistical population consisted of individuals with borderline personality structure attending clinics in western Tehran in the second half of 2025. Forty-five participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups: two experimental groups (short-term psychodynamic therapy and mentalization-based therapy) and one control group. The instruments included the Kernberg Personality Organization Questionnaire (2002) and the Sanson et al. Self-Injury Questionnaire (1998). The short-term psychodynamic therapy followed Davanloo's (1995) protocol, while the mentalization-based therapy followed Bateman and Fonagy's (2016) protocol. Data were analyzed using repeated measures ANOVA in SPSS version 26. Results indicated that both time and the time–group interaction effects on self-injurious behaviors were significant ($p < 0.05$). Mentalization-based therapy significantly reduced self-injurious behaviors in posttest and follow-up compared to pretest ($p < 0.05$), while short-term psychodynamic therapy did not show a significant effect. Bonferroni post hoc tests revealed that the mean level of self-injurious behaviors in the mentalization group was significantly lower than in the control group, whereas the difference between the psychodynamic and control groups was not significant. The follow-up results confirmed the sustained effect of the mentalization intervention. Mentalization-based therapy proved to be more effective than short-term psychodynamic therapy in reducing self-injurious behaviors among individuals with a borderline personality structure. Its focus on enhancing reflective function, emotional regulation, and secure attachment makes it a more adaptive treatment approach for this population. In contrast, short-term psychodynamic therapy may be less suitable due to its reliance on higher levels of introspection and affect tolerance.

Keywords: *Short-term psychodynamic therapy; Mentalization-based therapy; Self-injurious behaviors; Borderline personality structure.*

HEALTH PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

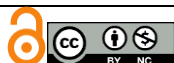


Nasibeh Majdi¹, Mahboobe Taher^{1*},
Narges Haj Aboutalebi¹

1. Department of Psychology, Sha.C, Islamic Azad University, Shahrood, Iran

*Corresponding Author's Email:
Mahboobe.Taher@iau.ac.ir

How to cite: Majdi, N., Taher, M., & Haj Aboutalebi, N. (2025). Comparing the Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Therapy and Mentalization on Self-Injurious Behaviors in Individuals with Borderline Personality Structure. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 3(4), 1-17.



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی یکی از پیچیده‌ترین و آسیب‌زاترین اختلالات در حوزه‌ی روان‌پزشکی و روان‌درمانی محسوب می‌شود که با الگوی پایدار بی‌ثباتی در هیجان‌ها، روابط بین‌فردی، و هویت مشخص می‌گردد (Kernberg, 1996; Zanarini et al., 2021). افراد دارای ساختار شخصیت مرزی اغلب در تنظیم هیجان، کنترل تکانه و حفظ تصویر منسجم از خود دچار ناتوانی هستند که این ویژگی‌ها می‌توانند به بروز رفتارهای خودجرحی و آسیب‌رسانی به خود بدون قصد خودکشی منجر شوند (Klonsky et al., 2014; Stepp et al., 2018). این رفتارها معمولاً پاسخی ناسازگارانه به تجربه‌های هیجانی شدید، احساس پوچی درونی، یا ترس از طرد شدن محسوب می‌شوند و در بسیاری از موارد به‌عنوان راهکاری برای تسکین هیجانات منفی یا بازیابی حس کنترل مورد استفاده قرار می‌گیرند (Linehan, 1993; Weinberg & Ronningstam, 2022).

از منظر تحولی، نارسایی در تنظیم هیجان، نتیجه‌ی تعامل میان آسیب‌های اولیه‌ی دلبستگی، تجارب آزار یا غفلت دوران کودکی، و ضعف در ظرفیت ذهنی‌سازی است (Knapen et al., 2025; Yang, 2025). افراد دارای دلبستگی ناایمن یا تجربه‌ی آسیب در روابط اولیه، اغلب فاقد توانایی کافی در تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران‌اند و در نتیجه، هنگام مواجهه با فشار روانی یا روابط چالش‌برانگیز، به واکنش‌های تکانشی مانند خودجرحی روی می‌آورند (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Luyten et al., 2021). در واقع، ذهنی‌سازی یا mentalization که به توانایی درک و بازنمایی وضعیت‌های ذهنی خود و دیگران اشاره دارد، نقش بنیادی در تنظیم هیجان و انسجام هویتی دارد و نقصان در آن یکی از ویژگی‌های اصلی ساختار شخصیت مرزی محسوب می‌شود (Bateman & Fonagy, 2008; Fonagy, 2019; Luyten, Allison, et al., 2019).

در دهه‌های اخیر، درمان‌های گوناگونی برای کاهش رفتارهای خودجرحی پیشنهاد شده‌اند؛ از جمله رفتاردرمانی دیالکتیکی، طرح‌واره‌درمانی، درمان متمرکز بر انتقال و درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (Abbass et al., 2015; Clarkin et al., 2007; Yeomans et al., 2021). با این حال، بسیاری از این درمان‌ها یا بر نشانه‌های رفتاری تمرکز دارند یا نیازمند ظرفیت بالایی از خودآگاهی و تحمل اضطراب‌اند که در بیماران مرزی کمتر وجود دارد (Andrews, 2011; McCullough & Andrews, 2005). از این رو، پژوهشگران در سال‌های اخیر توجه ویژه‌ای به رویکردهای ساختارمحور، از جمله درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، نشان داده‌اند که هر دو با تمرکز بر مکانیزم‌های درونی و تغییرات بنیادین در سازمان شخصیت طراحی شده‌اند (Abbass et al., 2020; Bateman & Fonagy, 2021).

درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده (ISTDP) که نخستین‌بار توسط دوانلو معرفی شد، بر شناسایی و حل تعارضات ناهشیار، افشای هیجانات سرکوب‌شده، و کاهش دفاع‌های ناپخته متمرکز است (Abbass et al., 2015; Frederickson, 2013). این درمان می‌کوشد با افزایش ظرفیت فرد برای تجربه و ابراز هیجانات، به ترمیم ساختارهای آسیب‌دیده‌ی شخصیت و کاهش رفتارهای ناسازگارانه مانند خودجرحی کمک کند (Andrews, 2011; McCullough et al., 2003). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که ISTDP می‌تواند در کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان مؤثر باشد، به‌ویژه زمانی که فرد به سطحی از بینش هیجانی و تحمل اضطراب دست یابد (Niknejad et al., 2023; Yousefi & Hosseini, 2022). با این حال، این درمان در مراحل اولیه ممکن است منجر به بروز مجدد هیجانات دردناک یا خاطرات آسیب‌زا شود و در بیماران با انسجام روانی پایین، خطر بازگشت به الگوهای تکانشی را افزایش دهد (Andrews, 2011; Bornstein, 2015).

در مقابل، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) که توسط باتمن و فوناگی توسعه یافته است، رویکردی مبتنی بر نظریه‌ی دلبستگی است که هدف آن بازسازی توانایی فرد برای درک، تفسیر و تنظیم حالات ذهنی خود و دیگران است (Bateman & Fonagy, 2008; Fonagy, 2019; Luyten, & Allison, 2019). این درمان فرض می‌کند که ضعف در ذهنی‌سازی، به سوءتعبیر مکرر روابط، هیجانات افراطی و واکنش‌های

خودتخریبی منجر می‌شود، و از طریق آموزش و تجربه‌ی رابطه‌ی ایمن درمانی، می‌توان این ظرفیت را بازسازی کرد (Bateman & Fonagy, 2019; Bateman et al., 2025). MBT با ایجاد یک فضای درمانی غیرقضاوت‌گرانه و تمرکز بر «بازتاب تجرب دهنی» به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات خود را به جای عمل کردن، مورد تأمل و معناپردازی قرار دهند (Allen, 2003; Karterud, 2015).

پژوهش‌های متعددی از اثربخشی MBT در کاهش رفتارهای خودجرحی و افزایش ثبات هیجانی حمایت کرده‌اند. برای مثال، مطالعات باتمن و فوناگی نشان داده‌اند که این درمان منجر به کاهش معنادار خودجرحی، بهبود تنظیم هیجان، و ارتقای عملکرد بین‌فردی در بیماران مرزی می‌شود (Bateman & Fonagy, 2019, 2021). در ایران نیز یافته‌های عزیزی و همکاران نشان داد که درمان ذهنی‌سازی موجب کاهش معنادار دشواری در تنظیم هیجان و تمایل به خودجرحی در جوانان دارای ویژگی‌های مرزی شد (Azizi et al., 2023). همچنین، نتایج پژوهش چابک و همکاران نشان داد که اجرای MBT در نوجوانان با سازمان شخصیت مرزی باعث کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان شد (Chabok et al., 2016).

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در سطح نظری نیز پیوند عمیقی با مفاهیم جدیدتر آسیب‌شناسی روانی دارد. لویتن و فوناگی بر این باورند که اختلال شخصیت مرزی باید نه به‌عنوان یک نقص پایدار، بلکه به‌عنوان محدودیتی در تاب‌آوری و ظرفیت تنظیم شناختی-هیجانی در نظر گرفته شود (Fonagy, Luyten, Allison, et al., 2019; Luyten et al., 2021). این رویکرد دیدگاه کلاسیک کرنبرگ درباره‌ی سازمان مرزی شخصیت را تکمیل می‌کند که بر ناپایداری در مرزهای من، دفاع‌های دوگانه‌انگارانه، و آسیب در انسجام هویتی تأکید داشت (Kernberg, 1996; Yeomans et al., 2021). از منظر معاصر، درمان ذهنی‌سازی با تمرکز بر بازسازی دلبستگی ایمن و بازگرداندن کارکردهای بازتابی، پاسخی سازگارانه به این نارسایی‌های ساختاری ارائه می‌دهد (Bornstein, 2015; Sharp et al., 2024).

در سوی دیگر، رویکرد روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر مبنای نظریه‌ی فویبای هیجان مک‌کالو تأکید دارد که ریشه بسیاری از رفتارهای ناسازگارانه را در ترس از تجربه‌ی هیجانات دردناک می‌داند (Frederickson, 2013; McCullough et al., 2003). در این چارچوب، فرد برای اجتناب از هیجانات تهدیدآمیز از دفاع‌های روانی مانند انکار، فرافکنی، یا تجزیه استفاده می‌کند که تداوم این دفاع‌ها، انسجام شخصیت را تضعیف کرده و چرخه‌ی خودجرحی را تشدید می‌کند (Andrews, 2011; Clarkin et al., 2007). هدف درمان در این دیدگاه، مواجهه‌ی تدریجی با هیجانات واقعی و بازسازی ارتباط میان احساس و معنا است تا فرد بتواند اضطراب خود را تحمل کرده و به تنظیم هیجان مؤثر دست یابد (Abbass et al., 2020; Frederickson, 2013).

با وجود آن‌که هر دو رویکرد در بهبود اختلالات مبتنی بر ناهمخوانی هیجانی مؤثرند، تمایز اصلی آن‌ها در سطح ظرفیت روانی مورد نیاز بیمار و نوع رابطه‌ی درمانی نهفته است. درمان پویشی کوتاه‌مدت بر چالش و تقابل با دفاع‌های ناپخته متکی است، در حالی که درمان ذهنی‌سازی بر همدلی، بازتاب و اعتباربخشی هیجانات تمرکز دارد (Bateman & Fonagy, 2008; Bornstein, 2015). از این‌رو، بیماران با ظرفیت پایین‌تر درون‌نگری و انسجام هیجانی، احتمالاً پاسخ بهتری به درمان ذهنی‌سازی می‌دهند، در حالی که درمان روان‌پویشی برای افراد با ثبات روانی نسبی کارآمدتر است (Niknejad et al., 2023; Yousefi & Hosseini, 2022).

از دیدگاه تحولی و عصب‌روان‌شناختی نیز شواهد جدید نشان می‌دهد که ذهنی‌سازی نه تنها مهارتی شناختی بلکه سازوکاری عصبی-هیجانی است که در تعامل میان شبکه‌های پیش‌پیشانی، آمیگدال و سیستم دلبستگی تنظیم می‌شود (Locati et al., 2025; Yang, 2025). فعال‌سازی این شبکه‌ها از طریق درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند موجب افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی و کاهش پاسخ‌های تکانشی شود (Bateman et al., 2025). در همین راستا، مدل‌های جدید درمانی، به‌ویژه برای نوجوانان و جوانان دارای ساختار مرزی، تأکید بیشتری بر مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی در محیط‌های گروهی و آموزشی دارند (Midgley et al., 2021; Sharp et al., 2020).

در مجموع، شواهد نظری و تجربی نشان می‌دهد که رفتارهای خودجرحی در بیماران با ساختار شخصیت مرزی، بازتاب نارسایی در ظرفیت ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان است. درمان‌های مبتنی بر بازسازی این ظرفیت، به‌ویژه MBT، توانسته‌اند با ایجاد احساس امنیت روانی و ارتقای

کارکردهای شناختی-هیجانی، در کاهش این رفتارها مؤثر باشند (Azizi et al., 2023; Bateman & Fonagy, 2019; Chabok et al., 2016). با این وجود، بررسی مقایسه‌ای میان درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی هنوز در ادبیات داخلی اندک است و نیاز به پژوهش‌های تجربی دقیق‌تر دارد تا بتوان مشخص کرد کدامیک در جامعه‌ی ایرانی، با توجه به ویژگی‌های فرهنگی، سطح تحصیلات و انسجام روانی بیماران، اثربخشی بالاتری دارد (Niknejad et al., 2023; Yousefi & Hosseini, 2022). بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر رفتارهای خودجراحی در افراد با ساختار شخصیت مرزی انجام شد.

روش‌شناسی

این پژوهش کاربردی بود و طرح پژوهش نیز با توجه به هدف و ماهیت پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد دارای ساختار شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های غرب شهر تهران در نیمه دوم (مهرماه تا اسفندماه) سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه در این پژوهش با توجه به تعداد گروه‌ها و تعداد متغیرهای مورد بررسی تعیین شد. بر این اساس، از جامعه مذکور ۴۵ نفر پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (گروه آزمایش درمان روانپویشی کوتاه‌مدت، ۱۵ نفر)، (گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، ۱۵ نفر) و (گروه کنترل، ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل (۱) رضایت آگاهانه، تشخیص ساختار شخصیت مرزی بر اساس تشخیص متخصص روان‌شناسی و روان‌پزشکی، حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال، عدم استفاده از مواد مخدر یا الکل به صورت مداوم، آزمودنی در حال مصرف داروهای روانپزشکی نباشد (بنابر گزارش خود آزمودنی)، عدم وجود اختلالات روانی شدید همزمان (بنابر گزارش خود آزمودنی) و عدم وجود شرایط خاص محیطی یا اجتماعی که موجب اختلال در مشارکت در پژوهش شود (عدم بیکاری شدید، مشکلات خانوادگی یا اجتماعی)؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. اجرای پژوهش در غرب تهران و با همکاری چند مرکز مشاوره معتبر انجام شد. با بررسی اولیه، تعداد ۹ مرکز مشاوره دارای مجوز رسمی و فعال در غرب تهران شناسایی شد. از میان آن‌ها، سه مرکز مشاوره که از نظر امکانات فیزیکی، دسترسی مراجعان، همکاری کادر تخصصی و حضور درمانگر متخصص در حوزه درمان‌های روان‌پویشی و ذهنی‌سازی واجد شرایط بودند، به صورت هدفمند انتخاب شدند. در ادامه، از این سه مرکز، با هماهنگی قبلی، کلینیک روان‌شناسی نو به عنوان محل اجرای اصلی پژوهش انتخاب گردید. این کلینیک دارای اتاق‌های درمان مجزا، محیط ایمن، سیستم نوبت‌دهی مشخص و مشاوران مجرب بود و با توجه به تعداد بالای مراجعه‌کنندگان، توانایی تأمین آزمودنی‌های واجد شرایط را داشت. برای اطمینان از حضور منظم شرکت‌کنندگان و کنترل متغیرهای مزاحم، تمهیداتی مانند هماهنگی زمانی دقیق، ارسال یادآوری پیامکی، پشتیبانی تلفنی و پیگیری منظم صورت گرفت تا همه آزمودنی‌ها در جلسات درمانی حاضر شوند. ابتدا با همکاری روان‌شناسان کلینیک، فراخوان شرکت در پژوهش از طریق اعلامیه‌های نصب‌شده در مراکز مشاوره و کانال‌های فضای مجازی کلینیک نو پخش شد. از میان داوطلبان، غربالگری اولیه با استفاده از مصاحبه بالینی و پرسش‌نامه‌های ملاک ورود و خروج انجام شد و در نهایت ۴۵ نفر از زنان متأهل که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، انتخاب شدند. پس از احراز شرایط، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفری شامل دو گروه آزمایش (روان‌پویشی کوتاه‌مدت و ذهنی‌سازی) و یک گروه کنترل گمارده شدند. در مرحله‌ی نخست، از تمامی آزمودنی‌ها در شرایطی کاملاً استاندارد (یک اتاق آزمون ثابت، ساعت مشخص، شرایط نور و سکوت مشابه) پیش‌آزمون گرفته شد. پیش‌آزمون شامل پرسش‌نامه‌های مربوط به متغیرهای پژوهش بود که با نظارت پژوهشگر تکمیل شدند. گروه اول تحت درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت و گروه دوم تحت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی قرار گرفتند. هر دو درمان توسط متخصصین دارای مدرک معتبر

و سابقه بالینی مرتبط در کلینیک نو اجرا شدند. هر برنامه درمانی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت حضوری و گروهی بود که به مدت ۴ هفته فشرده (دو جلسه در هفته) انجام شد. گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند و هیچ گونه مداخله‌ای از نوع درمان‌های مورد نظر دریافت نکرد. با این حال، از نظر زمانی در تمام مراحل پژوهش، هم‌پای دو گروه دیگر در ارزیابی‌ها حضور داشت. بلافاصله پس از پایان جلسات درمانی، از تمامی آزمودنی‌ها (در سه گروه) پس‌آزمون به عمل آمد. شرایط اجرای آزمون دقیقاً مشابه پیش‌آزمون بود تا از تأثیر متغیرهای محیطی جلوگیری شود. پس از گذشت ۶۰ روز از آخرین جلسه درمانی، آزمودنی‌ها مجدداً در مرحله پیگیری شرکت کردند و همان پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند. این مرحله نیز در کلینیک نو و با حفظ شرایط استاندارد ارزیابی انجام شد. در این مرحله، از تماس‌های تلفنی و یادآوری‌های پیامکی برای حفظ مشارکت آزمودنی‌ها استفاده شد. در پایان مراحل پژوهش، برای رعایت عدالت اخلاقی، یک بسته فشرده ۴ جلسه‌ای درمان ذهنی‌سازی برای گروه کنترل توسط همان درمانگر و به صورت رایگان ارائه شد. تمام مراحل درمان، آزمون‌گیری و پیگیری با رعایت ملاحظات اخلاقی کامل، از جمله رضایت آگاهانه، رازداری، محرمانگی اطلاعات و احترام به آزادی شرکت‌کنندگان انجام شد.

(۱) پرسشنامه سازمان شخصیت: پرسشنامه سازمان شخصیت توسط کرنبرگ (۲۰۰۲) طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۳۷ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت می‌باشد، پرسشنامه سه زیر مقیاس‌های آزمون‌گیری واقعیت، دفاع‌های روان‌شناختی نخستین و سردرگمی هویت از سازمان شخصیت را موردسنجش قرار می‌دهد. طیف مورد استفاده در پرسشنامه بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت می‌باشد (شامل: کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم). در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۳۷ تا ۷۴ باشد، میزان متغیر در این جامعه ضعیف می‌باشد. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۷۴ تا ۱۴۸ باشد، میزان متغیر در سطح متوسطی می‌باشد. در صورتی که نمرات بالای ۱۴۸ باشد، میزان متغیر بسیار بالا می‌باشد. این پرسشنامه توسط شاکر (۱۳۹۷) اعتباریابی شده است. در مطالعه شاکر (۱۳۹۷) پایایی پرسشنامه بر اساس یک مطالعه مقدماتی بر روی نمونه ۳۰ نفری پایایی پرسشنامه ۰/۸۱ محاسبه شد. در مطالعه شاکر (۱۳۹۷) برای به دست آوردن روایی پرسشنامه از نظرات استاد راهنما و چندین تن از دیگر اساتید و متخصصین و کارشناسان استفاده شده است؛ و از آن‌ها در مورد مربوط بودن سؤالات، واضح بودن و قابل فهم بودن سؤالات و اینکه آیا این سؤالات برای پرسش‌های تحقیقاتی مناسب است و آن‌ها را موردسنجش قرار می‌دهد، نظرخواهی شد و مورد تأیید قرار گرفت. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

(۲) پرسشنامه خودجرحی^۱: این پرسشنامه، پرسشنامه خود گزارشی ۲۲ گویه‌ای (با پاسخ بله و خیر) است که سانسون، ویدرمن و سانسون (۱۹۹۸) تألیف کرده‌اند. سابقه آسیب رساندن به خود را در پاسخ‌دهندگان بررسی می‌کند. این پرسشنامه، برخلاف سایر پرسشنامه‌هایی که در این حیطه قرار می‌گیرند، تنها مقیاسی است که در تشخیص اختلال شخصیت مرزی استفاده می‌شود. در این پرسشنامه، رفتارهایی که به عمد به منظور خودجرحی انجام شده‌اند، ارزیابی می‌شوند؛ مانند سوءمصرف دارو یا مواد و الکل، خودزنی، ایراد آسیب بدنی به خود و از دست دادن شغل به صورت عمدی. پرسشنامه مذکور به منظور استفاده در جمعیت‌های روان‌پزشکی طراحی شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه خودجرحی به صورت بله و خیر است؛ به این صورت که پاسخ «بله» تنها مربوط به مواردی است که تاکنون به عمد یا از روی قصد به خود آسیب زده‌اند. گزینه خیر نمره صفر و گزینه بله نمره یک می‌گیرد. همچنین در بررسی اعتبار این پرسشنامه، نقطه برش ۵ یا بیشتر با طبقه‌بندی دقیق ۸۴ درصد از پاسخ‌دهندگانی که بر اساس مصاحبه تشخیصی اختلال مرزی واجد این اختلال به شمار می‌رفتند، مطابقت داشت (سانسون، ویدرمن و سانسون^۲، ۱۹۹۸). تحقیقات اعتبار همگرای^۳ این ابزار را با ابزارهای خود گزارشی شخصیت مرزی، افسردگی و سابقه آزاردیدگی در کودکی نشان داده‌اند. در مطالعه طاهباز حسین‌زاده، قربانی و نبوی (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

1. The Self-Harm Inventory (SHI)

2. Sansone, Wiederman & Sansone

3. convergent validity

درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر اساس الگوی دوانلو (۱۹۹۵) در ۹ جلسه‌ی یک‌و نیم‌ساعته اجرا شد. در جلسه‌ی نخست، هدف آشنایی، بیان قوانین درمان، و ارزیابی اولیه‌ی مشکلات مراجعان بود و از طریق اجرای «توالی پویشی» و مصاحبه‌ی اولیه، درمانگر تلاش کرد مراجع را با چارچوب درمانی آشنا کند. در جلسه‌ی دوم، تمرکز بر شناسایی و کار با دفاع‌های تاکتیکی بیماران قرار گرفت تا ظرفیت آگاهی هیجانی آنان افزایش یابد. جلسه‌ی سوم به شناسایی جنبه‌های مثبت و منفی شخصیت، دفاع‌های گفتاری و افکار بیمار اختصاص داشت و از طریق چالش با دفاع‌ها، پذیرش هیجانات و افکار منفی بدون قضاوت آموزش داده شد. در جلسه‌ی چهارم، درمانگر مهارت‌های حل تعارض را آموزش داد و با بررسی نشخوار ذهنی و دلیل‌تراشی، بیماران را به سمت انعطاف‌پذیری روانی و گسست از الگوهای تعاملی ناکارآمد هدایت کرد. جلسه‌ی پنجم به کار با دفاع‌های عقلانی‌سازی و کلی‌گویی اختصاص یافت تا بیماران بتوانند مقاومت‌های شناختی خود را کاهش داده و ساختارهای ناکارآمد را بازسازی کنند. در جلسه‌ی ششم، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان از طریق شناسایی تاکتیک‌های اجتنابی و افزایش خوداندقای سازنده انجام شد. جلسه‌ی هفتم بر مقابله با مقاومت‌های افشای هیجان تمرکز داشت و درمانگر با استفاده از تکنیک‌های روشن‌سازی و چالش با دفاع، بیماران را به پذیرش سیالیت افکار و احساسات سوق داد. در جلسه‌ی هشتم، افشای هیجانی عمیق‌تر دنبال شد و بیماران تشویق شدند تا به جای اجتناب، احساسات خود را بیان و از دیدگاه منفی نسبت به هیجان فاصله بگیرند. در نهایت، جلسه‌ی نهم به جمع‌بندی فرایند درمان، اجرای پس‌آزمون و مرور تمرین‌ها اختصاص داشت تا بیماران بتوانند آموخته‌های هیجانی خود را در زندگی روزمره به کار گیرند و انعطاف‌پذیری روانی پایداری را تجربه کنند.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر اساس پروتکل بتمن و فوناگی (۲۰۱۶) در ۲۰ جلسه‌ی گروهی یک‌و نیم‌ساعته اجرا شد و هدف اصلی آن بازسازی ظرفیت ذهنی‌سازی و بهبود تنظیم هیجان در افراد دارای ساختار شخصیت مرزی بود. در جلسه‌ی نخست، درمانگر اهداف کلی درمان، قوانین گروه، و اهمیت مشارکت فعال را توضیح داد و مفاهیم اولیه‌ی ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوءتعبیرهای ذهنی را آموزش داد. در جلسه‌ی دوم، بر شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف، مشکلات ذهن‌خوانی، تکانشگری، و حساسیت به طرد تمرکز شد و اعضا تشویق شدند تا تجربیات خود را در این زمینه‌ها بازتاب دهند. جلسه‌ی سوم به آموزش انواع هیجانات، تفاوت میان هیجانات اولیه و ثانویه، و راهبردهای خودتنظیمی اختصاص یافت تا بیماران بتوانند احساسات خود را شناسایی و مدیریت کنند. در جلسه‌ی چهارم، مهارت‌های خودکنترلی و افزایش اراده تمرین شد، در حالی که در جلسه‌ی پنجم، مراجعان احساسات مرتبط با خودجرحی را در مراحل پیش، حین، و پس از آن شناسایی کردند تا رابطه‌ی میان هیجان و رفتار را درک کنند. در جلسه‌ی ششم، حساسیت به طرد و نقش آن در روابط بین‌فردی مورد بررسی قرار گرفت و بر ایجاد روابط ایمن و اعتماد متقابل در گروه تأکید شد. جلسه‌ی هفتم بر معرفی ساختار MBT، آموزش فعال ذهنی‌سازی، و تشویق به اعتماد معرفتی متمرکز بود. در جلسه‌ی هشتم، اعضا تجربیات خود را مرور کردند و درمانگر با استفاده از رویکرد کاوش و شفاف‌سازی، سوءتعبیرهای احتمالی را اصلاح کرد. در نهایت، جلسه‌ی نهم به آماده‌سازی بیماران برای پایان درمان، پردازش احساس فقدان، و تثبیت آموخته‌ها اختصاص یافت تا بیماران بتوانند مهارت‌های ذهنی‌سازی را به صورت خودکار در روابط واقعی خود به کار گیرند. در تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ بهره گرفته شد.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های زمینه‌ای پاسخگویان نشان داد از نظر متغیرهای جنسیت، تأهل و تحصیلات سه گروه همگن بودند ($p < 0.05$). سطح معنی‌داری آزمون مجذور خی متغیرهای جمعیت شناختی بیشتر از معیار 0.05 بود و بیانگر مشابه بودن سه گروه از نظر جنسیت، تأهل و تحصیلات داشت. بیشتر شرکت‌کنندگان در سه گروه از نظر جنسیت، زن بودند، از نظر وضعیت تأهل، مجرد بودند و از نظر تحصیلات، فوق‌دیپلم و کارشناسی بودند. میانگین سن در گروه روان‌پویشی کوتاه‌مدت $29/33$ ، در گروه ذهنی‌سازی $35/53$ و در گروه کنترل $34/47$ بود و مطابق آزمون تحلیل واریانس گروه‌ها از نظر سن همگن بودند ($p > 0.05$).

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیر رفتارهای خودجرحی به تفکیک گروه و زمان

متغیر	زمان	روان پویشی کوتاه مدت		ذهنی سازی		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
رفتارهای خودجرحی	پیش آزمون	۶/۷۳	۳/۰۱	۷/۰۰	۶/۱۶	۶/۸۰	۳/۷۶
	پس آزمون	۵/۶۰	۲/۲۹	۴/۳۳	۳/۶۲	۶/۶۷	۳/۸۵
	پیگیری	۵/۸۰	۲/۲۴	۴/۴۷	۳/۷۲	۶/۵۳	۳/۸۲

جدول فوق نشان داد میانگین متغیر رفتارهای خودجرحی در گروه روان پویشی کوتاه مدت در پیش آزمون برابر با ۶/۷۳ بود که در پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۵/۶۰ و ۵/۸۰ بود و نشان از کاهش میانگین متغیر رفتارهای خودجرحی داشت. در گروه ذهنی سازی میانگین پیش آزمون ۷/۰۰ و میانگین پس آزمون ۴/۳۳ بود که نشان از کاهش میانگین در زمان پس آزمون و همچنین زمان پیگیری داشت. در گروه کنترل میانگین رفتارهای خودجرحی تغییر قابل توجهی نداشت. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس آمیخته، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات رفتارهای خودجرحی در مراحل سه گانه اندازه گیری ($p > 0.05$) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های رفتارهای خودجرحی در سه مرحله اندازه گیری پیش آزمون ($F = 0.186$)، ($P = 0.20$)، پس آزمون ($F = 1.105$)، ($P = 0.123$) و پیگیری ($F = 1.33$)، ($P = 0.263$) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر رفتارهای خودجرحی ($MBOX = 29.73$)، ($F = 1.04$)، ($P = 0.32$) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی دار نبود، همچنین به منظور بررسی پیش فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش فرض کرویت برای متغیر رفتارهای خودجرحی رعایت نشده است؛ بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینه‌هاوس-گیسر استفاده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون اندازه گیری‌های مکرر جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ها بر رفتارهای خودجرحی

متغیر	منبع تأثیر	میانگین مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار p	مجذور جزئی اتا
رفتارهای خودجرحی	گروه	۴۴/۲۸	۲	۲۲/۱۴	۰/۶۱۷	۰/۵۴۴	۰/۰۲۹
	زمان	۴۹/۰۸	۱/۱۱	۴۴/۳۴	۷/۲۷	۰/۰۰۸	۰/۱۴۸
	زمان*گروه	۳۰/۱۶	۲/۲۱	۱۳/۶۲	۴/۵۹	۰/۰۴۲	۰/۱۰۷

نتایج جدول فوق نشان داد که اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه معنی دار بود ($p < 0.05$). یافته‌ها نشان داد که اثربخشی حداقل یکی از مداخله‌ها بر متغیر رفتارهای خودجرحی از نظر آماری تأیید شد و تغییرات رفتارهای خودجرحی در طول زمان معنی دار بود. در جدول زیر نتیجه آزمون تعقیبی بونفرونی آمده است و میانگین متغیر رفتارهای خودجرحی در زمان پس آزمون (با کنترل کردن نمره پیش آزمون) بین سه گروه مقایسه شده است.

جدول ۳. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه اثربخشی مداخله‌ها بر متغیر رفتارهای خودجرحی در زمان پس آزمون

متغیر	گروه	پس آزمون تعدیل شده	خطای استاندارد	مقایسه بین گروهی		تفاوت میانگین	مقدار p
				گروه مرجع	گروه مقایسه		
رفتارهای خودجرحی	روان پویشی کوتاه مدت	۵/۶۶	۰/۵۸۷	روان پویشی کوتاه مدت	کنترل	-۱/۰۳	۰/۶۶۴
	ذهنی سازی	۴/۲۵	۰/۵۸۷	ذهنی سازی	کنترل	-۲/۴۴	۰/۰۱۶
	کنترل	۶/۶۹	۰/۵۸۷	روان پویشی کوتاه مدت	ذهنی سازی	۱/۴۱	۰/۲۹۰

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در ارتباط با متغیر رفتارهای خودجرحی نشان داد که تفاوت معنی داری در میانگین زمان پس آزمون گروه مداخله ذهنی سازی با کنترل مشاهده شد ($p < 0.05$). میانگین زمان پس آزمون متغیر رفتارهای خودجرحی گروه ذهنی سازی به میزان $2/44$ - نمره کمتر از گروه کنترل بود. بر این اساس اثربخشی مداخله ذهنی سازی بر متغیر رفتارهای خودجرحی تأیید شد. اثربخشی مداخله روان پویشی کوتاه مدت بر رفتارهای خودجرحی تأیید نشد ($p > 0.05$). در جدول زیر نتایج آزمون تعقیبی به منظور مقایسه زوجی میانگین ها به تفکیک هر گروه آمده است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی برای مقایسه مقیاس رفتارهای خودجرحی به صورت زوجی در سری زمانی

متغیر	گروه	زمان مرجع	زمان مقایسه	تفاوت میانگین	مقدار p
رفتارهای خودجرحی	روان پویشی کوتاه مدت	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۱۳	۰/۲۱۵
		پیش آزمون	پیگیری	۰/۹۳	۰/۳۱۸
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۲۰	۰/۴۲۴
ذهنی سازی	ذهنی سازی	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۶۷	۰/۰۲۲
		پیش آزمون	پیگیری	۲/۵۳	۰/۰۳۴
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۳	۰/۵۴۶
کنترل	کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۱۳	۰/۴۹۹
		پیش آزمون	پیگیری	۰/۲۷	۰/۳۰۱
		پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳	۰/۴۹۹

نتیجه آزمون تعقیبی در ارتباط با رفتارهای خودجرحی نشان داد در گروه ذهنی سازی شاهد تغییر معنی دار در میانگین زمان پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون بودیم که نشان داد میانگین گروه مداخله ذهنی سازی در زمان پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش داشت ($p < 0.05$). در گروه روان پویشی کوتاه مدت و گروه کنترل میانگین زمان های مختلف مشابه بود و تفاوت معنی داری نداشت ($p > 0.05$). بررسی ماندگاری اثر از طریق مقایسه میانگین زمان پیگیری نسبت به پیش آزمون نشان داد که میانگین زمان پیگیری در گروه مداخله ذهنی سازی به طور معنی داری کمتر از زمان پیش آزمون بود و بیانگر این بود که ماندگاری اثر مداخله ذهنی سازی بر رفتارهای خودجرحی تأیید شد ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر رفتارهای خودجرحی در افراد دارای ساختار شخصیت مرزی بود. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان روان پویشی کوتاه مدت بر کاهش رفتارهای خودجرحی تأثیر معناداری نداشت، در حالی که درمان مبتنی بر ذهنی سازی منجر به کاهش قابل توجهی در میزان این رفتارها در مراحل پس آزمون و پیگیری گردید. این یافته ها نشان دهنده آن است که بیماران دارای ساختار شخصیت مرزی به دلیل نقص در ظرفیت درون نگری، تنظیم هیجان، و ذهنی سازی، از درمان هایی که بر بازسازی ظرفیت ذهنی سازی تمرکز دارند، بهره ی بیشتری می برند (Bateman & Fonagy, 2019; Luyten et al., 2021).

نتیجه ی عدم اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت را می توان در چارچوب ظرفیت روانی محدود بیماران مرزی تبیین کرد. درمان روان پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر اساس مدل فوبیای هیجان طراحی شده است و نیازمند سطحی از انسجام درونی، ظرفیت تحمل اضطراب، و

توانایی مواجهه‌ی درونی با هیجانات سرکوب‌شده است (Andrews, 2011; McCullough et al., 2003). بیماران دارای ساختار مرزی معمولاً از دفاع‌های ناپخته‌ای مانند انکار، فرافکنی و تجزیه استفاده می‌کنند که باعث می‌شود فرایند درمان مبتنی بر مواجهه با هیجانات درونی، در آنان اضطراب شدیدی برانگیزد و حتی موجب افزایش رفتارهای تکانشی مانند خودجرحی گردد (Clarkin et al., 2007; Kernberg, 1996). درواقع، همان‌گونه که (Yeomans et al., 2021) بیان می‌کند، سطح پایین انسجام «خود» در این بیماران مانع از آن می‌شود که بتوانند در طول درمان روان‌پویشی از فرایند بینش‌یابی بهره‌مند شوند، زیرا تجرب هیجانی ناهشیار در آن‌ها به‌جای ادغام شناختی، منجر به واکنش‌های هیجانی افراطی و ناپایدار می‌شود.

از سوی دیگر، یافته‌های این پژوهش درباره‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش رفتارهای خودجرحی، با شواهد گسترده‌ای در ادبیات پژوهشی همخوان است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تمرکز بر بازسازی ظرفیت درک حالات ذهنی خود و دیگران، به بیماران کمک می‌کند تا به‌جای واکنش‌های تکانشی و خودآسیب‌گرانه، هیجانات خود را بازتاب دهند و معنا کنند (Allen, 2003; Bateman & Fonagy, 2008). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که اختلال در ذهنی‌سازی یکی از عوامل مرکزی در تداوم رفتارهای خودجرحی در بیماران مرزی است و ارتقای این ظرفیت می‌تواند منجر به کاهش چشمگیر رفتارهای پرخطر شود (Azizi et al., 2023; Chabok et al., 2016). به‌طور مشابه، نتایج پژوهش (Sharp et al., 2024) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در نوجوانان با ویژگی‌های مرزی، توانست تنظیم هیجان را بهبود دهد و واکنش‌پذیری هیجانی را کاهش دهد. این امر با یافته‌های (Luyten et al., 2021) هم‌راستا است که ذهنی‌سازی را به‌عنوان یکی از مکانیزم‌های مرکزی بهبود در اختلالات مبتنی بر بی‌ثباتی هیجانی معرفی می‌کند.

یکی از دلایل برتری درمان ذهنی‌سازی در این مطالعه، توجه به رابطه‌ی درمانی ایمن و مبتنی بر همدلی است. بر اساس مدل فوناگی و باتمن، رابطه‌ی درمانی در MBT به‌عنوان بستری برای بازسازی دلبستگی ایمن عمل می‌کند و از طریق این بستر، بیمار می‌آموزد تا تجرب هیجانی خود را بدون قضاوت و اجتناب، تجربه و معنا کند (Bateman & Fonagy, 2021; Fonagy, Luyten, Allison, et al., 2019). این نوع رابطه‌ی درمانی به‌ویژه برای بیماران مرزی که معمولاً از روابط ناایمن و تجربه‌های طرد و سوءاستفاده در دوران کودکی رنج برده‌اند، اهمیت ویژه‌ای دارد (Weinberg & Ronningstam, 2022; Yang, 2025). به تعبیر (Knapen et al., 2025)، بازسازی دلبستگی ایمن و افزایش اعتماد اپیستمیک از طریق درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، می‌تواند زیربنای بازسازی عملکردهای روانی و کاهش رفتارهای پرخطر را فراهم آورد.

علاوه بر این، یافته‌های حاضر تأیید می‌کنند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی از نظر پایداری اثر نیز مؤثرتر است. نتایج مرحله‌ی پیگیری نشان داد که کاهش رفتارهای خودجرحی در گروه درمان ذهنی‌سازی پس از دو ماه همچنان پایدار باقی ماند، در حالی که گروه روان‌پویشی و گروه کنترل تفاوت معناداری نشان ندادند. این یافته همسو با پژوهش (Bateman et al., 2025) است که نشان داد اثرات درمان ذهنی‌سازی نه‌تنها در کاهش علائم، بلکه در بهبود عملکرد اجتماعی و هیجانی بیماران مرزی در پیگیری‌های بلندمدت باقی می‌ماند. به‌علاوه، (Midgley et al., 2021) در مرور نظام‌مند خود گزارش کرد که MBT در درمان نوجوانان دارای رفتارهای خودجرحی با سازمان شخصیت مرزی، منجر به کاهش معنادار رفتارهای پرخطر و افزایش انسجام روانی می‌شود.

از منظر روان‌تحلیلی، این یافته‌ها همچنین نشان‌دهنده‌ی محدودیت‌های درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در کار با بیماران دارای عملکرد روانی پایین‌تر است. (Abbass et al., 2020) و (Frederickson, 2013) تأکید کرده‌اند که موفقیت درمان روان‌پویشی مستلزم وجود حداقلی از ظرفیت تحمل هیجان، انگیزه برای خودکاوی و توانایی ذهنی برای تمایز بین احساس و واقعیت است. در غیاب این ظرفیت‌ها، بیمار ممکن است در مواجهه با تجرب هیجانی عمیق دچار آشفتگی شده و واکنش‌های خودتخریبی افزایش یابد (Andrews, 2011; Bornstein, 2015). همچنین، (Yousefi & Hosseini, 2022) در پژوهش خود دریافت که بیماران مرزی در مقایسه با بیماران نوروتیک، در درمان

روان‌پویشی کوتاه‌مدت پیشرفت کمتری در کاهش رفتارهای خودآسیب‌گرانه دارند، زیرا ویژگی‌های دفاعی آنان مانع از پردازش هیجانی پایدار می‌شود.

از منظر عصب‌روان‌شناختی، افزایش اثربخشی MBT را می‌توان ناشی از اثر آن بر شبکه‌های تنظیم هیجان در مغز دانست. تحقیقات جدید نشان داده‌اند که فرایند ذهنی‌سازی با فعال‌سازی شبکه‌های پیش‌پیشانی-لیمبیک همراه است و می‌تواند در بازسازی مسیرهای عصبی مرتبط با کنترل هیجانات نقش داشته باشد (Locati et al., 2025; Sharp et al., 2020). در نتیجه، بیماران پس از یادگیری ذهنی‌سازی قادر می‌شوند میان احساس و کنش فاصله بیندازند و به‌جای اقدام به خودجرحی، از راهبردهای شناختی و کلامی برای ابراز هیجان استفاده کنند (Bateman & Fonagy, 2021; Luyten et al., 2021).

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین با مدل ترانس‌تشخیصی اختلال شخصیت مرزی همسو است که این اختلال را نه صرفاً به‌عنوان مجموعه‌ای از نشانه‌ها، بلکه به‌عنوان نارسایی در کارکردهای «خود» و «دیگری» در نظر می‌گیرد (Luyten et al., 2021). در این مدل، تمرکز بر بازسازی عملکردهای ذهنی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، به‌جای صرفاً مهار نشانه‌ها، اساس تغییر درمانی محسوب می‌شود (Bateman & Fonagy, 2019; Bornstein, 2015). بنابراین، می‌توان گفت درمان ذهنی‌سازی از آن‌رو اثربخشی بالاتری نشان داد که در عمق ساختار روانی بیمار مداخله می‌کند و موجب تغییر در نحوه درک هیجان‌ها، روابط و تجارب درونی می‌شود، در حالی که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت در این بیماران احتمالاً بیش از حد بر مواجهه‌ی هیجانی تأکید دارد و فرصت بازتاب و معناسازی را محدود می‌سازد (Andrews, 2011; McCullough & Andrews, 2005).

از منظر نظری، می‌توان گفت که هر دو رویکرد مورد بررسی، به نحوی مکمل یکدیگرند. درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر آشکارسازی تعارضات ناهشیار و بازسازی بینش هیجانی تمرکز دارد، در حالی که درمان ذهنی‌سازی بر آموزش سازوکارهای بازتابی و تقویت تنظیم هیجان تأکید می‌کند (Abbass et al., 2015; Karterud, 2015). در نتیجه، ترکیب این دو رویکرد در قالب درمان‌های تلفیقی می‌تواند در آینده به‌عنوان مسیر نوینی برای ارتقای درمان بیماران مرزی مورد توجه قرار گیرد.

در پژوهش حاضر، نتایج همچنین نشان داد که تغییرات به‌دست‌آمده در گروه ذهنی‌سازی در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ شد. این امر با مطالعات طولی مانند پژوهش (Zanarini et al., 2021) همسو است که تأکید می‌کند بهبود پایدار در بیماران مرزی نیازمند بازسازی عملکردهای شناختی-هیجانی و نه صرفاً کاهش علائم رفتاری است. همچنین (Bateman et al., 2025) گزارش کرده است که استمرار در تمرینات ذهنی‌سازی پس از پایان درمان، موجب پایداری تغییرات مثبت در تعاملات بین‌فردی و کاهش تکانشگری هیجانی می‌شود.

به‌طور کلی، نتایج این پژوهش مؤید این دیدگاه است که درمان‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی، به‌دلیل تمرکز بر رابطه‌ی درمانی امن، اعتباربخشی هیجانی، و بازسازی ظرفیت شناختی، در بیماران با ساختار شخصیت مرزی اثربخشی بالاتری نسبت به درمان‌های روان‌پویشی دارند (Bateman & Fonagy, 2021; Fonagy, Luyten, & Allison, 2019). این یافته‌ها نه تنها از لحاظ بالینی، بلکه از منظر نظری نیز حائز اهمیت است، زیرا نشان می‌دهد که آسیب‌های هویتی و هیجانی در بیماران مرزی، بیش از هر چیز به نارسایی در ذهنی‌سازی مربوط می‌شود و بازسازی این ظرفیت می‌تواند مسیر درمانی پایدارتر و کم‌خطرتری را فراهم سازد (Mosquera, 2022; Sharp et al., 2024). این پژوهش با وجود نتایج قابل‌توجه، دارای چندین محدودیت است. نخست، مدت زمان درمان نسبتاً کوتاه بود و ممکن است برای ایجاد تغییرات عمیق در ساختار شخصیت مرزی کافی نباشد. دوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی احتمال سوگیری شناختی و هیجانی را در پاسخ‌دهندگان افزایش می‌دهد، به‌ویژه در افرادی که درک درستی از حالات ذهنی خود ندارند. سوم، نمونه‌ی پژوهش از میان داوطلبان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهری انتخاب شد، بنابراین تعمیم نتایج به سایر گروه‌های جمعیتی باید با احتیاط صورت گیرد. چهارم، پژوهش فاقد گروه کنترل فعال بود و اثرات احتمالی متغیرهای مزاحم مانند دارودرمانی، حمایت خانوادگی، یا رویدادهای استرس‌زا کنترل نشده است. در نهایت، پیگیری دوماهه مدت‌زمان کوتاهی برای بررسی ماندگاری اثرات درمان محسوب می‌شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با دوره‌های درمانی طولانی‌تر و پیگیری‌های چندمرحله‌ای انجام شود تا بتوان پایداری نتایج را در بازه‌های زمانی طولانی‌تر بررسی کرد. همچنین استفاده از ابزارهای چندوجهی مانند مصاحبه‌ی بالینی، ارزیابی عصب‌روان‌شناختی و گزارش مشاهده‌گر می‌تواند اعتبار یافته‌ها را افزایش دهد. پیشنهاد دیگر، بررسی درمان‌های ترکیبی مانند ادغام رویکرد ذهنی‌سازی با درمان روان‌پویشی یا رفتاردرمانی دیالکتیکی است تا بتوان همزمان بر تنظیم هیجان و بازسازی شناختی اثر گذاشت. بررسی اثرات متغیرهای میانجی مانند اضطراب دلبستگی، حساسیت به طرد، یا ظرفیت تحمل پریشانی نیز می‌تواند به روشن‌تر شدن مکانیزم‌های تغییر کمک کند.

در عمل بالینی، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که در مواجهه با بیماران دارای ساختار شخصیت مرزی، درمانگران باید به جای تمرکز بر تفسیر تعارضات ناهشیار، بر ایجاد فضای ایمن، همدلانه و بازتابی تأکید کنند. آموزش مهارت‌های ذهنی‌سازی در قالب جلسات گروهی می‌تواند ابزاری مؤثر برای کاهش رفتارهای خودجرحی باشد. همچنین توصیه می‌شود درمانگران در مراحل اولیه‌ی درمان، از تکنیک‌های فشار هیجانی و مواجهه‌ی شدید پرهیز کنند و به جای آن، با تقویت ظرفیت مشاهده و معناسازی در بیماران، مسیر تنظیم هیجانی پایدار را فراهم سازند. نهایتاً، سیاست‌گذاران حوزه‌ی سلامت روان می‌توانند با توسعه‌ی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر ذهنی‌سازی در کلینیک‌های عمومی، گامی مؤثر در کاهش آسیب‌های خودآسیب‌گرایانه در جامعه بردارند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازين اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازين و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافع وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Borderline personality structure represents one of the most complex and clinically challenging forms of personality organization in contemporary psychopathology. Individuals with borderline traits often display persistent instability in emotions, self-image, and interpersonal relationships, accompanied by impulsive behaviors such as nonsuicidal self-injury (NSSI) (Kernberg, 1996; Zanarini et al., 2021). These behaviors, typically performed without suicidal intent, function as maladaptive strategies to cope with overwhelming internal distress, emotional emptiness, or fear of abandonment (Klonsky et al., 2014; Stepp et al., 2018). From a developmental and psychodynamic perspective, NSSI can be understood as a behavioral manifestation of impaired affect regulation and disrupted self-other representations, which are central features of borderline personality structure (Luyten et al., 2021; Weinberg & Ronningstad, 2022).

A growing body of research attributes the etiology of borderline pathology and self-injurious behavior to early attachment trauma, chronic invalidation, and deficits in mentalization — the ability to understand and interpret one's own and others' mental states (Bateman & Fonagy, 2008; Choi-Kain & Gunderson, 2008). The inability to mentalize effectively contributes to emotional dysregulation, impulsivity, and misinterpretation of interpersonal cues (Fonagy, Luyten, Allison, et al., 2019; Sharp et al., 2020). Consequently, interventions that target the restoration of mentalization capacity have become a primary therapeutic direction in recent decades (Bateman & Fonagy, 2019, 2021). Among such interventions, Mentalization-Based Therapy (MBT) has emerged as one of the most empirically supported approaches for borderline pathology (Bornstein, 2015; Karterud, 2015).

MBT, grounded in attachment theory and developed by Bateman and Fonagy, focuses on enhancing patients' ability to reflect upon their own and others' emotions, thoughts, and intentions within a secure therapeutic relationship (Bateman et al., 2025; Fonagy, Luyten, & Allison, 2019). By promoting reflective functioning, MBT enables patients to recognize and regulate emotions, thereby reducing impulsive behaviors such as self-harm (Azizi et al., 2023; Chabok et al., 2016). In contrast, short-term psychodynamic therapy (STDP), particularly in its intensive form (ISTDP), emphasizes identifying unconscious conflicts, confronting defenses, and facilitating emotional breakthroughs (Abbass et al., 2015; McCullough et al., 2003). This model, based on the affect-phobia paradigm, posits that avoidance of core emotions lies at the root of maladaptive behavioral patterns and that therapeutic exposure to these emotions leads to structural integration and symptom reduction (Andrews, 2011; Frederickson, 2013).

While both approaches aim to address deep psychological mechanisms, they differ significantly in therapeutic stance and emotional demands. STDP relies on insight and the capacity to tolerate high levels of anxiety, which may exceed the psychological tolerance of individuals with borderline organization (Clarkin et al., 2007; Yeomans et al., 2021). MBT, on the other hand, provides a safer relational context, prioritizing stabilization and emotional containment before delving into unconscious conflicts (Allen, 2003; Bateman & Fonagy, 2021). Given that patients with borderline personality structure often lack emotional coherence and cognitive integration, MBT may offer a more adaptive and sustainable path for reducing self-harm behaviors (Luyten et al., 2021; Mosquera, 2022).

Empirical findings support this theoretical distinction. Studies have demonstrated that MBT effectively decreases NSSI frequency and intensity while improving affect regulation and interpersonal functioning (Bateman & Fonagy, 2019; Sharp et al., 2024). Similarly, (Azizi et al., 2023) reported significant reductions in self-harming tendencies among young adults with borderline traits following MBT. Conversely, while STDP has shown positive outcomes in some clinical populations, its effectiveness in individuals with low reflective capacity and high affective instability remains inconsistent (Niknejad et al., 2023; Yousefi & Hosseini, 2022). Building on this literature, the present study aimed to compare the effectiveness of short-term psychodynamic therapy and mentalization-based therapy in reducing self-injurious behaviors among individuals with

borderline personality structure. It was hypothesized that MBT, due to its emphasis on affect regulation and reflective functioning, would yield greater reductions in self-harming behaviors than STDP.

Methods and Materials

This quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population comprised individuals with borderline personality structure who attended clinical centers in western Tehran during the second half of 2025. Through purposive sampling and clinical screening, 45 participants meeting inclusion criteria were selected and randomly assigned to three groups: short-term psychodynamic therapy ($n=15$), mentalization-based therapy ($n=15$), and control ($n=15$).

The Kernberg Personality Organization Questionnaire (2002) and the Sanson et al. Self-Injury Questionnaire (1998) were used for assessment. The STDP group received nine 90-minute sessions following Davanloo's (1995) intensive short-term dynamic psychotherapy protocol, focusing on recognizing defenses, resolving unconscious conflicts, and promoting affective awareness. The MBT group participated in sessions based on Bateman and Fonagy's (2016) model, emphasizing emotion regulation, understanding rejection sensitivity, and enhancing self-other perspective-taking. The control group received no intervention during the study but was later offered a condensed four-session MBT program for ethical reasons.

All sessions were conducted under standardized conditions by certified therapists. Data were analyzed using repeated measures ANOVA to evaluate the main and interaction effects of group and time.

Findings

Descriptive statistics indicated that the three groups were homogeneous in demographic characteristics such as gender, marital status, education, and age. Most participants were female, single, and within the 25–40 age range. The mean scores of self-injurious behaviors showed notable changes across groups and time points.

In the short-term psychodynamic therapy group, the mean pretest score for self-injurious behaviors was 6.73, which decreased to 5.60 in the posttest and slightly increased to 5.80 at follow-up. Although there was a reduction, it was not statistically significant.

In the mentalization-based therapy group, the pretest mean was 7.00, which decreased significantly to 4.33 in the posttest and 4.47 at follow-up. These reductions were statistically significant ($p < 0.05$), indicating a sustained decrease in self-injurious behaviors over time.

In the control group, mean scores remained relatively stable (6.80 at pretest, 6.67 at posttest, and 6.53 at follow-up), with no significant differences across time.

Repeated measures ANOVA revealed a significant main effect of time ($F = 7.27$, $p = 0.008$, $\eta^2 = 0.148$) and a significant interaction effect of time and group ($F = 4.59$, $p = 0.042$, $\eta^2 = 0.107$). Post hoc Bonferroni comparisons confirmed that the MBT group exhibited significantly greater reductions in self-injurious behaviors compared to the control group (mean difference = -2.44, $p = 0.016$), while the STDP group did not differ significantly from either group ($p > 0.05$). Follow-up comparisons indicated that the therapeutic effect of MBT persisted after two months, confirming the stability of treatment gains.

Discussion and Conclusion

The present study sought to compare the effectiveness of short-term psychodynamic therapy and mentalization-based therapy in reducing self-injurious behaviors in individuals with borderline personality structure. The results revealed that MBT significantly reduced self-harming behaviors both immediately and at follow-up, whereas STDP did not yield significant changes. These findings highlight the importance of mentalization as a core mechanism underlying behavioral regulation in borderline pathology.

The superior efficacy of MBT can be attributed to its focus on enhancing reflective functioning and establishing a secure therapeutic alliance. By fostering a nonjudgmental environment, MBT enables patients to explore their internal experiences and attribute meaning to emotions rather than acting them out through self-harm. This process aligns with the theoretical propositions of (Bateman & Fonagy, 2019) and (Fonagy, Luyten, &

Allison, 2019), who emphasize that improved mentalization facilitates emotion regulation and promotes resilience against interpersonal stressors.

In contrast, the limited impact of STDP observed in this study may reflect the high emotional vulnerability and low ego strength characteristic of borderline patients. As (Andrews, 2011) and (Abbass et al., 2020) suggest, STDP's emotionally intensive interventions may overwhelm patients who lack the cognitive and emotional capacity to tolerate internal conflict, potentially triggering defensive reactions or symptom exacerbation. Furthermore, borderline individuals' tendency toward splitting and projective identification can hinder the development of insight and disrupt the therapeutic process (Clarkin et al., 2007; Yeomans et al., 2021).

The findings also reinforce the neuropsychological understanding of mentalization as a regulatory function integrating affective and cognitive processes. According to (Sharp et al., 2020) and (Locati et al., 2025), MBT's emphasis on reflective processing activates prefrontal-limbic networks, thereby improving top-down control of impulsive behaviors. This neurobiological mechanism likely accounts for the sustained improvement in the MBT group observed at follow-up.

Moreover, the present results are consistent with previous empirical studies showing MBT's efficacy in reducing self-harming and suicidal behaviors among both adults and adolescents with borderline traits (Azizi et al., 2023; Chabok et al., 2016; Sharp et al., 2024). They also align with the theoretical perspectives of (Luyten et al., 2021) and (Bornstein, 2015), who argue that borderline pathology is best conceptualized as a disorder of self and identity rooted in deficits of mentalization and attachment security.

Taken together, the findings of this study support the growing consensus that MBT provides a developmentally attuned, neurobiologically grounded, and relationally safe approach for individuals with borderline personality organization. By addressing deficits in self-reflection and affect regulation, MBT not only reduces maladaptive behaviors but also promotes long-term psychological integration and resilience.

Conversely, while STDP may be beneficial for patients with higher levels of self-cohesion and reflective capacity, it appears less suitable as a first-line intervention for those with severe borderline features. Future integrative approaches that combine the affective depth of psychodynamic therapy with the reflective focus of MBT could enhance therapeutic outcomes for this population (Niknejad et al., 2023; Yousefi & Hosseini, 2022).

In conclusion, the study underscores that the path to reducing self-injurious behaviors in individuals with borderline personality structure lies not merely in symptom management but in reconstructing the patient's ability to understand, symbolize, and regulate emotional experience. Mentalization-Based Therapy, through its dual focus on relational safety and reflective functioning, demonstrates a distinct advantage over short-term psychodynamic interventions in achieving these therapeutic goals. This reinforces the view that enhancing mentalization represents a central mechanism for achieving emotional stability and behavioral self-control in borderline personality pathology.

فهرست منابع

References

- Abbass, A., Lilliengren, P., Town, J. M., & Johansson, R. (2020). Intensive short-term dynamic psychotherapy for self-harm behaviors: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 57(1), 67-79.
- Abbass, A., Town, J. M., & Driessen, E. (2015). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(4), 245-258.
- Allen, J. G. (2003). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Andrews, S. (2011). The challenges of affect-focused short-term dynamic psychotherapy with borderline patients. *Psychodynamic Psychiatry*, 39(1), 89-112.

- Azizi, N., Rezaei, F., & Kazemi, L. (2023). The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Emotion Dysregulation and Tendency to Self-Harm in Young Adults with Borderline Features. *Psychotherapy Research Journal*, 8(1), 43-65.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford University Press. <https://books.google.com/books?vid=9780199680375>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). Mentalization-based treatment: Update. *World Psychiatry*, 18(2), 206-207.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2021). Mentalization-based treatment: Progress and challenges. *World Psychiatry*, 20(3), 361-362.
- Bateman, A. W., Fonagy, P., & Campbell, C. (2025). Enhancing mentalizing in borderline personality: Advances and challenges. *Current opinion in psychology*, 50, 101649. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.70120>
- Bornstein, R. F. (2015). From insight to adaptation: Mentalization-based treatment, identity integration, and behavior change. *Psychoanalytic Psychology*, 32(2), 247-260.
- Chabok, M., Ahmadzad-Asl, M., & Malekzadeh, J. (2016). The effect of mentalization-based treatment on nonsuicidal self-injury in adolescents with borderline personality organization. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 22(4), 280-289.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2007). *Psychodynamic therapy for personality disorders: A clinical handbook*. American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2019). Mentalizing, epistemic trust and the phenomenology of psychotherapy. *Psychopathology*, 52(3), 117-126. <https://doi.org/10.1159/000501526>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2019). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 6(1), 1-13. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5389119/>
- Frederickson, J. (2013). *Co-creating change: Effective dynamic therapy techniques*. Seven Leaves Press. https://www.researchgate.net/publication/292136896_Co-Creating_Change_effective_dynamic_therapy_techniques
- Karterud, S. (2015). *Mentalization-based group therapy (MBT-G): A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198753742.001.0001>
- Kernberg, O. F. (1996). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson. https://books.google.com/books/about/Borderline_Conditions_and_Pathological_N.html?id=VFw_I_MZCV4C
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565-568. <https://doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Knapen, S., Mensink, W., Hoogendoorn, A. W., Swildens, W., Duits, P., Hutsebaut, J., & Beekman, A. T. (2025). Associations Between Childhood Trauma and Epistemic Trust, Attachment, Mentalizing, and Symptoms of Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 1-22. <https://doi.org/10.1159/000542919>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press. https://books.google.com/books?id=UZim3OAPwe8C&source=gbs_navlinks_s
- Locati, F., Federica, C., Karin, E., Nick, M., & Laura, P. (2025). Mentalization, theory of mind and socioemotional development in middle childhood: Mentalization, TOM and socioemotional skills. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-07475-x>
- Luyten, P., Campbell, C., & Fonagy, P. (2021). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A transdiagnostic approach. *Journal of personality disorders*, 35(Suppl B), 168-189.
- McCullough, L., & Andrews, S. (2005). *International Experiential Dynamic Therapy Association: Training manual*. IEDTA.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2003-00558-000>
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., & Muller, N. (2021). Mentalization-based therapy for adolescents with self-harm: A review of recent developments. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(2), 100-107.
- Mosquera, D. (2022). *Working with complex trauma and dissociation: A practical guide*. Norton.
- Niknejad, S., Mohammadi, F., & Hashemi, A. (2023). Investigating the Effectiveness of Short-Term Psychodynamic Therapy on Self-Harm in Adolescents with Borderline Personality Structure. *Journal of Adolescent Clinical Psychology*, 14(2), 110-125.
- Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Venta, A., & Carbone, C. (2020). Borderline traits and emotion regulation in adolescents. *Journal of personality disorders*, 34(1), 1-18.
- Sharp, C., Venta, A., & Ha, C. (2024). Mentalizing and borderline pathology in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 63(1), 18-28. <https://www.sciencedirect.com>

- Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2018). A systematic review of risk factors for self-injurious thoughts and behaviors in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(1), 45-73.
- Weinberg, I., & Ronningstam, E. (2022). Understanding and treating identity disturbance in borderline personality pathology. *Harvard Review of Psychiatry*, 30(1), 33-45.
- Yang, L. (2025). Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: The Mediating Role of Mentalization and Depression. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2466279>
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2021). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing. <https://psycnet.apa.org/record/2015-18407-000>
- Yousefi, M., & Hosseini, S. (2022). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Emotional Therapy and Short-Term Psychodynamic Therapy in Borderline Patients with a History of Self-Harm. *Scientific Research Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 10(3), 58-73.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2021). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery in borderline patients and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 178(4), 327-335. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22737693/>