



The Effect of Mentalization-Based Therapy on Alexithymia and Impulsivity in People with Eating Disorders

Elham Mahboubi¹, Toktam Amanalikhani^{2*}, Maryam Shabrang Moridani³,
Nafiseh Yousefi⁴

1. PhD Student of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

2. PhD Student of Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3. PhD Student of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

4. PhD Student of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Corresponding Author: Toktam Amanalikhani, PhD Student in Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: Toktamalikhany@gmail.com

Received: 28 July 2025

Accepted: 21 Sep 2025

Abstract

Introduction: Eating disorders, as an emerging public health crisis, are associated with enduring patterns of psychopathology, including alexithymia and impulsivity. Accordingly, the present study aimed to investigate the effectiveness of mentalization-based therapy on alexithymia and impulsivity in individuals with eating disorders.

Methods: It was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group. Among all people with eating disorders who referred to clinics and counseling centers in Tehran in 2025, 30 people were selected using convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups and a control group (15 people). The experimental group received 20 sessions of mentalization-based therapy, but the control group did not receive any specific intervention. The research tools were: Eating Attitudes Test, Toronto Alexithymia Scale, and Barratt Impulsiveness Scale. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance in SPSS-26 software.

Results: The results indicate a significant effect of mentalization-based therapy in reducing alexithymia and impulsivity in people with eating disorders in the post-test phase ($P < 0.05$).

Conclusions: The findings showed that mentalization-based therapy, by affecting the underlying emotional mechanisms, leads to a reduction in emotional alexithymia and impulsivity in people with eating disorders; an approach that can provide new perspectives in the field of clinical interventions for this disorder. Therefore, these results highlight the importance of using this approach as an effective intervention in the management and treatment of eating disorders.

Keywords: Eating disorders, Impulsivity, Mentalization-based therapy, Alexithymia.



تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن

الهام محبوبی^۱، تکتامانعلی خانی^{۲*}، مریم شبرنگ مریدانی^۳، نفیسه یوسفی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۴. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

نویسنده مسئول: تکتامانعلی خانی، دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: Toktamalikhany@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۶/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۵/۶

چکیده

مقدمه: اختلال خوردن به عنوان یک بحران نوظهور سلامت عمومی، با الگوهای پایدار آسیب شناسی روانی از جمله ناگویی هیجانی و تکانشگری ارتباط دارد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. از بین همه افراد مبتلا به اختلال خوردن مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۴، ۳۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل (۱۵ نفره) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۲۰ جلسه درمان مبتنی بر ذهنی سازی دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله خاصی دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: آزمون نگرش خوردن، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو و پرسشنامه تکانشگری بارت. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در فضای نرم افزار SPSS-26 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج حاکی از تأثیر معنادار درمان مبتنی بر ذهنی سازی در کاهش ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن در مرحله پس آزمون است ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: یافته ها نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی با اثرگذاری بر مکانیسم های زیربنایی هیجانی، به کاهش ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن منجر می شود؛ رویکردی که می تواند چشم اندازهای نوینی در حوزه مداخلات بالینی این اختلال فراهم سازد. بنابراین، این نتایج اهمیت به کارگیری این رویکرد را به عنوان مداخله ای کارآمد در مدیریت و درمان اختلال خوردن برجسته می سازد.

کلیدواژه ها: اختلال خوردن، تکانشگری، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، ناگویی هیجانی.

در افراد مبتلا به اختلالات خوردن در مقایسه با افراد سالم نشان داده‌اند (۹، ۱۰).

تکانشگری (Impulsivity) از دیگر سازه‌های روانشناختی دخیل در اختلال خوردن است. تکانشگری به معنای آمادگی برای ارائه واکنش‌های سریع و بدون برنامه به محرک‌های درونی و بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی آن برای خود و دیگران است (۱۱). تحقیقات نشان داده‌اند که عملکردهای عصبی-زیستی نهفته تکانشگری شامل طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی، از جمله اختلالات خوردن، افسردگی و اختلالات اضطرابی است (۱۲). تحقیقات در مورد تکانشگری در مورد اختلالات خوردن، عمدتاً بر افراد مبتلا به اختلالات طیف پرخوری عصبی (یعنی آن‌هایی که شامل رفتارهای پرخوری و/یا پاکسازی، از جمله پرخوری عصبی، اختلالات پرخوری، بی‌اشتهایی عصبی پاکسازی‌کننده و پرخوری/پاکسازی زیرگروه بی‌اشتهایی عصبی) متمرکز بوده است (۱۳). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تکانشگری کم به عنوان یک عامل محافظتی برای خطر اختلالات خوردن عمل می‌کند (۱۴). تکانشگری می‌تواند توجیه‌کننده مشکلات مبتلایان به اختلال خوردن در به تأخیر انداختن نیازها و بازداری رفتارها باشد. به طوری که این افراد توانایی بازداری و رفتارهای اجباری خود را ندارند. درواقع از آنجایی که این افراد عواطف منفی زیادی را تجربه می‌کنند، رفتار تکانشی می‌تواند راهی برای کاهش عواطف منفی باشد (۱۵).

با توجه به اینکه در سال‌های اخیر شاهد روند نگران‌کننده تظاهرات پیچیده اختلالات خوردن بوده‌ایم و با سایر اختلالات روانشناختی نیز همبودی بالایی داشته است؛ لذا این چشم‌انداز بالینی در حال تحول، بر ضرورت رویکردهای درمانی مؤثر و کارآمد که قادر به پاسخگویی به نیازهای افراد مبتلا به اختلالات خوردن باشند، تأکید می‌کند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) به عنوان یک روش درمانی جذاب ظهور کرده و توجه فزاینده‌ای را برای درمان اختلالات خوردن به خود جلب کرده است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ریشه در نظریه‌های دلبستگی و روان تحلیلی دارد. ذهنی‌سازی به معنای توانایی درک رفتار خود و دیگران و یادگیری از لحاظ حالت‌های ذهنی زیرین آن (مانند افکار، احساسات و اعتقادات، آرزوها و برنامه‌ها) است. در واقع MBT از چارچوب نظری نظریه دلبستگی و اصول روانکاوی برای افزایش ظرفیت افراد در درک حالات ذهنی بهره می‌برد (۱۶). این چارچوب مفهومی، اختلال در ذهنی‌سازی را به عنوان عاملی مؤثر در آسیب‌شناسی‌های

اختلالات خوردن از شایع‌ترین علل بیماری در جوانان است که حدود ۳ تا ۴ درصد از زنان و ۰/۳ درصد از مردان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). اختلالات خوردن جزء شایع‌ترین، شدیدترین و ناتوان‌کننده‌ترین سندرم‌های سلامت روان است. این اختلال با ایجاد تغییر در الگوی غذایی و با دریافت نامطلوب مواد مغذی می‌تواند منجر به ایجاد اختلالات مرتبط با تغذیه شود و سلامتی فرد را با مکانیسم‌های مختلفی تهدید کند (۲). اختلالات خوردن همچنین بر عملکرد روانی-اجتماعی تأثیر می‌گذارند، روابط بین فردی را تضعیف می‌کنند و مسیر تحصیلی/شغلی را منحرف می‌کنند (۳). نکته قابل توجه این است که در سال‌های اخیر شاهد روند نگران‌کننده‌ای به سمت تظاهرات پیچیده‌تر اختلالات خوردن بوده‌ایم که اغلب با بیماری‌های مانند اختلالات شخصیت، اختلالات خلقی و اضطراب، مصرف مواد و علائم مرتبط با تروما همراه است (۴). براساس رویکرد فراتشخیصی به اختلالات خوردن، علاوه بر آسیب‌شناسی روانی خاص ناشی از عادات غذایی غیرطبیعی، محققان یک هسته آسیب-شناسی روانی جامع تر را شناسایی کرده‌اند که با مشکلات عاطفی، بین فردی و درون فردی مشخص می‌شود (۵). بنابراین فهم آسیب‌شناسی روانی اختلال خوردن و مکانیسم‌های روانشناختی منجر به این اختلال ممکن است گام مهمی در پیشبرد درمان آن محسوب شود.

یکی از مکانیسم‌های روانشناختی مهم و دخیل در اختلال خوردن، ناگویی هیجانی (Alexithymia) است. ناگویی هیجانی با سه ویژگی اصلی مشخص می‌شود، از جمله دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر بیرونی (عینی) (۶). شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به اختلال خوردن در شناسایی و تعدیل احساسات مشکل دارند (۵). بیماران مبتلا به اختلال خوردن، ویژگی‌های روانشناختی ناکارآمد و ناسازگارانه‌ای مانند سرکوب، نشخوار فکری یا اجتناب عاطفی را برای مدیریت احساسات نشان می‌دهند و علائم اختلال خوردن به عنوان یک استراتژی مقابله‌ای برای احساسات غیرقابل تحمل استفاده می‌شود (۷، ۵). درواقع ناتوانی بیماران مبتلا به اختلال خوردن در تشخیص و گزارش احساسات (ناگویی هیجانی) یک ویژگی روانشناختی ناکارآمد است که بیماران برای مقابله با احساسات غیرقابل تحمل یا ترسناک از آن استفاده می‌کنند (۸). اکثر مطالعاتی که بر روی اختلالات خوردن متمرکز شده‌اند، سطوح بالاتری از ناگویی هیجانی را

روانی مختلف، با ممانعت از مهارت افراد در تنظیم هیجان و جهت‌یابی بین فردی، مطرح می‌کند (۱۷). مدل نظری MBT با مدل‌های سبب‌شناسی موجود در مورد اختلالات خوردن هم سو است. یک عامل زمینه‌ساز برای ایجاد و تداوم اختلالات خوردن، دلبستگی ناایمن است (۱۸). یک متآنالیز از ۳۵ مطالعه نشان داد که نمونه‌های دارای اختلالات خوردن، نرخ بالاتری از دلبستگی ناایمن نسبت به گروه کنترل جامعه دارند و اندازه اثر بزرگی دارند (۱۹). ذهنی سازی، که در زمینه روابط دلبستگی ایجاد می‌شود، نیز در ایجاد اختلالات خوردن نقش دارد (۲۰). یک متآنالیز توسط سیموسن (Simonsen) و همکاران (۲۱) نشان داد که افراد دارای اختلالات خوردن، توانایی‌های ذهنی سازی به‌طور قابل توجهی پایین‌تری در مقایسه با افراد بدون اختلالات خوردن دارند. اختلال در عملکرد ذهنی‌سازی در افراد مبتلا به اختلال خوردن، به‌طور قابل توجهی در چالش‌های تشخیص و تنظیم احساسات و همچنین حفظ روابط بین فردی سالم نقش دارد. درمان مبتنی بر ذهنی سازی با پرداختن به چالش‌های روابط بین فردی، خودپنداره و تنظیم احساسات، تلاش می‌کند الگوهای چرخه‌ای که آسیب‌شناسی اختلال خوردن را تداوم می‌بخشند، مختل کند و بر مسائل هویت، دلبستگی و عزت نفس در چنین اختلالاتی تمرکز دارد (۲۲).

اگر چه تحقیقات قبلی اثربخشی MBT در زمینه‌های مختلف سلامت روان مانند اختلال شخصیت مرزی و افسردگی را برجسته نموده اند (۲۳) با این حال، اثربخشی MBT در اختلالات خوردن در حال تکامل است. اگرچه مطالعات اولیه، به مزایای بالقوه مداخلات MBT در این جمعیت اشاره کرده‌اند، تحقیقات تجربی بیشتری برای تعیین اثربخشی دقیق، مکانیسم‌های عمل و پیامدهای بلندمدت آن برای افراد مبتلا به اختلالات خوردن ضروری است (۲۴). به علاوه باید خاطر نشان کرد که برخی مطالعات به اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر روی مکانیسم‌های ناگویی هیجانی (۲۵) و تکانشگری (۲۶) پرداخته اند. این مطالعه در صدد بررسی اثربخشی MBT در اختلالات خوردن است و با بررسی مکانیسم‌های مهم دخیل در این اختلال (یعنی ناگویی هیجانی و تکانشگری) در پی کمک به بهینه‌سازی عملکرد بالینی و بهبود نتایج برای افراد مبتلا به این اختلال با استفاده از رویکرد MBT می باشد. انتظار می رود که درمان مبتنی بر ذهنی سازی با هدف قرار دادن سازه‌های ناگویی هیجانی و تکانشگری نقش مهمی در درمان اختلال خوردن داشته باشد. بنابراین

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. جامعه آماری این مطالعه شامل همه افراد مبتلا به اختلال خوردن مراجعه کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بودند. ابتدا مقیاس تشخیصی اختلال خوردن انجام و سپس مصاحبه تشخیصی براساس DSM-5 صورت پذیرفت، سپس براساس ملاک‌های ورود و خروج از بین جامعه آماری، ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل (۱۵ نفره) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل: سن بالای ۱۸ سال، رضایت آگاهانه ورود به پژوهش، شرکت نکردن در درمان‌های دیگر در طول مطالعه، تشخیص اختلال خوردن، نداشتن یک اختلال بالینی و شخصیتی دیگر و مصرف نکردن داروهای اعصاب و روان در هنگام جلسات درمان. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: عدم تمایل به ادامه درمان و غیبت بیش از دو جلسه. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل موارد زیر است.

۱-آزمون نگرش‌های خوردن (Eating Attitudes Test): این آزمون در سال ۱۹۷۹ توسط گارنر و گارفینکل (Garner & Garfinkel) ساخته شد. این آزمون در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار خودگزارشی برای سنجش نشانه‌های رفتارهای بیمارگون خوردن از جمله پرخوری و بی‌اشتهایی به کار می‌رود. همبستگی فرم ۲۶ ماده‌ای این آزمون که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت با فرم ۴۰ ماده‌ای ۰/۹۸ گزارش شده است. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس رژیم غذایی با ۱۳ عبارت: (۱-۷-۶-۱۰-۱۱-۱۲-۱۴-۱۶-۱۷-۲۲-۲۳-۲۴-۲۶)، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا با ۶ عبارت: (۳-۴-۹-۱۸-۲۱-۲۵) و مهار دهانی با ۷ عبارت: (۲-۵-۸-۱۳-۱۵-۱۹-۲۰) است. برای هر سوال یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای وجود دارد. نمره کل این آزمون می‌تواند از ۰ تا ۷۸ متغیر باشد. نمره کل ۲۰ و بالاتر از آن درگیری فرد با نشانه‌های اختلال خوردن را نشان می‌دهد (۲۷). پایایی این آزمون از طریق محاسبه ی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برای گروه بالینی و غیر بالینی گزارش شده است. پایایی زمانی این آزمونی نیز از طریق روش آزمون- بازآزمون ۰/۸۴ گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس نیز از طریق

دارای ۱۰ عبارت شامل (۲،۳،۴،۱۶،۱۷،۱۹،۲۱،۲۲،۲۳،۲۵) و تکانشگری عدم برنامه ریزی نیز با ۱۰ عبارت شامل (۱،۷،۸،۱۰،۱۲،۱۳،۱۴،۱۵،۱۸،۲۹) است. هر عبارت در مقیاس لیکرت ۴ گزینه ای از ۱ تا ۴ (۱: به ندرت تا ۴: تقریباً همیشه) درجه بندی شده است و دامنه نمره کلی بین ۳۰ تا ۱۲۰ قرار دارد که نمره بالا در هر زیر مقیاس تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه ریزی، به معنای تکانشگری بالاتر در همان مقیاس است. استنفورد و همکاران (۳۴) جهت اندازه گیری روایی همگرایی «مقیاس تکانشگری» با ۱۵۴۱ (۳۹۳ مرد و ۱۱۴۸ زن) دانشجوی ۱۷ تا ۴۵ ساله و با محاسبه ضریب همبستگی زیر مقیاس ها در هر ۳ مولفه تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه ریزی با «مقیاس تکانشگری آیزنگ» به ترتیب ۰/۴۴، ۰/۵۷ و ۰/۵ بدست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ در نمونه فوق برای تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه ریزی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۵۹ و ۰/۷۲ بدست آمد. در ایران، در مطالعه اختیاری و همکاران (۳۵) روایی افتراقی «مقیاس تکانشگری» در مقیاسه ۲ گروه ۳۹ تن سالم از کارکنان و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و ۳۰ تن مصرف کننده مواد افیونی دارای ۱۸ تا ۴۰ سال سن از معتادان مراجعه کننده به درمانگاه های مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران، به صورت دردسترس انتخاب شدند. روایی همگرایی این مقیاس با محاسبه ضریب همبستگی زیرمقیاس ها با یکدیگر تایید شد. همبستگی بین زیر مقیاس های «مقیاس تکانشگری» در هر ۳ مولفه تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه ریزی با یکدیگر بین ۰/۵۱ تا ۰/۹۱ قرار گرفت که معنادار بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه ۳۰ تن مصرف کننده مواد افیونی، برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای ۳ عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه ریزی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۴ و ۰/۴۴ به دست آمد.

شیوه اجرا به این صورت بود که پس از هماهنگی های لازم و بعد از جلب رضایت نمونه های پژوهش و جایگزین کردن آن ها به دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا پرسشنامه های پژوهش توسط پژوهشگر به صورت گروهی اجرا گردیدند. سپس پروتکل درمانی مبتنی بر ذهنی سازی بتمن و فونانگی به شیوه گروهی (۳۶) بر روی گروه آزمایش به مدت سه ماه، به تعداد ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله به صورت حضوری صورت گرفت. ولی گروه کنترل هیچ

تحلیل عاملی مورد ارزیابی قرار گرفت و نشان داده شد که ساختار عاملی این مقیاس برآزش خوبی با داده ها دارد (۲۸). روستایی و همکاران (۲۹) میزان پایایی این مقیاس را از طریق شاخص آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۱ گزارش کردند و روایی محتوایی این مقیاس را نیز مطلوب گزارش کردند.

۲-مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale): پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگی (Bagby) و همکاران (۳۰) برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این ابزار دارای سه مولفه دشواری در شناسایی احساسات ۷ عبارت: (۱،۳،۶،۷،۹،۱۳،۱۴)، دشواری در توصیف احساسات ۵ عبارت: (۲،۴،۱۱،۱۲،۱۷) و تفکر عینی ۸ عبارت: (۵،۸،۱۰،۱۵،۱۶،۱۸،۱۹،۲۰) بود. نمره گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه ای است که از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق (۱ تا ۵) سنجیده و بررسی می شود. همچنین عبارات ۱۸، ۴، ۵، ۱۰ و ۱۹ بصورت معکوس نمره گذاری می شوند. تفسیر نمره بدست آمده نیز به این صورت است که نمره هر یک از زیر مقیاس ها جمع زده و عدد بدست آمده، هر چه بیشتر باشد، نشان دهنده مشکل بیشتر می باشد حداقل و حداکثر نمره این مقیاس به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ می باشد. نمره کمتر از ۵۲: نارسایی هیجانی پایین، نمره ۵۲-۶۰: نارسایی هیجانی متوسط و نمره ۶۱ به بالا: نارسایی هیجانی بالا تفسیر می شود. پایایی بازآزمایی پرسشنامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷. برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تایید شد (۳۰) پارکر و همکاران (۳۱) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی برای «مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو» در نمونه ۱۹۳۳ تن از افراد بزرگسال (۸۸۰ مرد و ۱۰۵۳ زن) ساکن در چند شهر کوچک و بزرگ در آنتاریو کانادا، مورد سنجش قرار داده و نتایج ۳ عامل را تایید نمود. همچنین پایایی به روش همبستگی درونی با محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ در جامعه فوق، سنجیده شد ولی ضرایب بدست آمده، گزارش نشده است. در پژوهش بشارت و همکاران (۳۲) روایی سازه «مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو» به روش تحلیل عاملی تاییدی سنجیده شده که نتایج وجود ۳ زیر مقیاس را در نسخه فارسی تایید نمود.

۳-مقیاس تکانشگری بارت (Barratt Impulsiveness Scale): این پرسشنامه توسط بارت (Barratt) و همکاران در سال ۱۹۶۵ با ۳۰ عبارت طراحی شد (۳۳). مقیاس دارای ۳ زیر مقیاس تکانشگری شناختی با ۱۰ عبارت شامل (۵،۶،۹،۱۱،۲۰،۲۴،۲۶،۲۷،۲۹،۳۰)، تکانشگری حرکتی

خواست آنها احترام گذاشته می‌شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در فضای نرم افزار SPSS-26 تحلیل شدند. جدول ۱ محتوای جلسات درمانی صورت گرفته مطابق پروتکل درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی بتمن وفوناگی را نشان می‌دهد.

مداخله‌ای را دریافت نکردند و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس آزمون به عمل آمد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی زیررعايت گردید: رضایت آگاهانه ورود به پژوهش، اصل رازداری در طول پژوهش، در اولویت قرار دادن سلامت روان‌شناختی شرکت کنندگان و اینکه اگر تمایل به شرکت در مداخله و فرایند پاسخگویی به پرسشنامه‌ها نداشتند، به

جدول ۱: جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مبنای پروتکل بتمن وفوناگی (۳۶)

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

یافته‌ها

بود که براساس میزان آماره t-test بدست آمده حاصل از مقایسه ۲ گروه در متغیر سن برابر با $t = 0/64$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($P = 0/641$) که

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۳۵/۹۳ و ۵/۲۶ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۳۴/۸۰ و ۴/۳۹

الهام محبوبي و همکاران

بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های ۲ گروه در متغیر جنسیت برابر با $\chi^2 = 0.54$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($P = 0.464$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر جنسیت می باشد. در گروه آزمایش ۷ نفر ($46/67$ درصد) مجرد و ۸ نفر ($53/33$ درصد) متأهل بودند و در گروه کنترل ۸ نفر ($53/33$ درصد) مجرد و ۷ نفر ($46/67$ درصد) متأهل بودند که میزان آماره χ^2 به دست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های ۲ گروه در متغیر وضعیت تأهل برابر با $\chi^2 = 0.13$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($P = 0.715$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر وضعیت تاهل می باشد. در جدول ۲ یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش آمده است.

نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر سن می باشد. در گروه آزمایش ۳ نفر (20 درصد) دیپلم، ۲ نفر ($13/33$ درصد) فوق دیپلم، ۴ نفر ($26/67$ درصد) لیسانس، ۴ نفر ($26/67$ درصد) فوق لیسانس و ۲ نفر ($13/33$ درصد) دکترا بودند و در گروه کنترل ۵ نفر ($33/33$ درصد) دیپلم، ۲ نفر ($13/33$ درصد) فوق دیپلم، ۳ نفر (20 درصد) لیسانس، ۳ نفر (20 درصد) فوق لیسانس و ۲ نفر ($13/33$ درصد) دکترا بودند که میزان آماره χ^2 بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $\chi^2 = 0.79$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($P = 0.940$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر تحصیلات می باشد.

در گروه آزمایش ۶ نفر (40 درصد) مرد و ۹ نفر (60 درصد) زن بودند و در گروه کنترل ۸ نفر ($53/33$ درصد) مرد و ۷ نفر ($46/67$ درصد) زن بودند که میزان آماره χ^2

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن

متغیرهای وابسته		گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
دشواری در شناسایی احساسات	میانگین	۲۰/۶۷	۱۷/۶۷	۲۰/۷۳	۲۰/۵۳
	انحراف معیار	۰/۴۹	۱/۵۴	۰/۸۰	۰/۹۱
دشواری در توصیف احساسات	میانگین	۱۴/۴۷	۱۱/۵۳	۱۴/۴۷	۱۴/۳۳
	انحراف معیار	۰/۶۴	۰/۹۱	۰/۷۴	۰/۸۲
تفکر عینی	میانگین	۲۲/۹۳	۲۰/۴۰	۲۳/۰۰	۲۲/۹۳
	انحراف معیار	۱/۱۶	۰/۸۳	۱/۰۷	۱/۱۶
نمره کل ناگویی هیجانی	میانگین	۵۸/۰۷	۴۹/۶۰	۵۸/۲۰	۵۷/۸۰
	انحراف معیار	۱/۴۴	۲/۵۶	۱/۹۰	۲/۳۴
بیرنامگی	میانگین	۲۵/۴۰	۲۱/۰۷	۲۴/۶۷	۲۴/۴۰
	انحراف معیار	۰/۹۹	۱/۱۶	۰/۴۹	۰/۹۱
تکانشگری حرکتی	میانگین	۳۰/۹۳	۲۷/۰۷	۳۰/۸۷	۳۰/۷۳
	انحراف معیار	۰/۸۸	۱/۲۸	۰/۹۹	۱/۲۲
تکانشگری شناختی	میانگین	۱۰/۹۳	۸/۸۷	۱۰/۷۳	۱۰/۶۷
	انحراف معیار	۰/۸۰	۰/۹۱	۰/۸۰	۰/۷۳
نمره کل تکانشگری	میانگین	۶۷/۲۷	۵۷/۰۰	۶۶/۲۷	۶۵/۸۰
	انحراف معیار	۲/۰۵	۲/۴۲	۱/۱۰	۱/۷۰

تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی فرص توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون Shapiro-wilk استفاده شد که براساس نتایج داده ها برای دشواری در شناسایی

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی

کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس می‌باشد ($F=30/49$ ، $P=0/327$). از آنجایی که پیش فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می‌باشد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

احساسات ($Z=0.981$ ، $P=0.201$)، دشواری در توصیف احساسات ($Z=0.929$ ، $P=0.170$)، تفکر عینی ($Z=0.814$)، بی برنامه‌گی ($Z=0.880$ ، $P=0.190$)، تکانشگری حرکتی ($Z=0.631$ ، $P=0.158$) و تکانشگری شناختی ($Z=0.780$ ، $Sig=0.153$) نرمال بودند. پیش فرض همگنی واریانس ها با آزمون Levene بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون ($P>0.05$) مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی ماتریس

جدول ۳: نتایج آزمون های چندمتغیره پس آزمون ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۶۸	۳۱/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۸	۳۱/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
اثر هتلینگ	۱۱/۲۴	۳۱/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
بزرگترین ریشه روی	۱۱/۲۴	۳۱/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰

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

نتایج جدول ۳- بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($F=31/86$ و $P=0/001$) معنادار است. نتایج موید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تاثیر نشان می دهد که ۶۸ درصد

جدول ۴: نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
دشواری در شناسایی احساسات	۵۴/۹۷	۱	۳۷/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
دشواری در توصیف احساسات	۴۴/۰۷	۱	۶۸/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰
تفکر عینی	۴۱/۸۸	۱	۸۰/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
بیبرنامگی	۸۰/۵۵	۱	۸۰/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
تکانشگری حرکتی	۵۴/۸۳	۱	۴۴/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
تکانشگری شناختی	۱۵/۹۳	۱	۲۴/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰

ذهنی سازی بر ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن بود. نتایج نشان داد نمرات ناگویی هیجانی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به طور معناداری کاهش یافته است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر ذهنی سازی تاثیر معناداری در کاهش ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال خوردن داشت. نتایج این مطالعه به صورت با پژوهش های رابینسون (Robinson) و همکاران

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود استفاده از درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن در مرحله پس آزمون تأثیر دارد.

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر

در مورد تاثیر اعمال خود بر روی دیگران یا خودمان وجود نداشته باشد. رفتار تکانشی حاصل خواهد شد. به عبارت دیگر احتمالاً حالات پیش ذهنی سازی یا ذهنی سازی بیش از حد وجود داشته باشد؛ لذا MBT از طریق روش های همدلانه، شفاف سازی عاطفه کنونی و تمرکز عاطفی باعث کاهش حالات غیرذهنی ساز و ایجاد تعادل بین ابعاد ذهنی سازی در افراد مبتلا به اختلال خوردن می شود. در MBT درمانگر با توجه به سطح انگیزتگی بیمار، براساس روش توقف، بازیابی و کاوش باعث بازیابی ذهنی سازی شده و زمینه ای برای ایجاد ظرفیت ذهنی سازی قوی تر و انعطاف پذیرتر فراهم می آورد (۴۰). این انعطاف پذیری در ابعاد ذهنی سازی نشان دهنده موثر بودن آن در کاهش تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن است. به علاوه در تبیین دیگر می توان گفت که از دیدگاه بوجار و لکورز (Bouchard & Lecours) اشکال تکانشگری، جسمانی سازی، اشکال خوردن و میل به رفتارهای خودزنی به عنوان ابراز تکانه های انباشته شده بدون معنای روان شناختی (ذهنی سازی نشده) تفسیر می شوند (۴۱). درواقع هر گونه حالات برانگیخته هیجانی، بدون اینکه در فرایندهای ذهنی، معنای روان شناختی و ذهنیتی پیدا کند، سریعاً تبدیل به یک عمل و تکانه (مانند پرخوری) می شود. اما توانایی ذهنی سازی به قابلیت برای فهم و درک موقعیت ها و خواسته های آشکار و ناآشکار گفته می شود که با خودکنترلی، خوشتن داری و چگونگی روابط ناشی از آن مرتبط می شود (۴۲)؛ لذا می توان گفت که MBT هم راستا با پژوهش حاضر می تواند در کاهش تکانشگری و اختلال خوردن موثر باشد. یافته های این مطالعه باید در چارچوب برخی محدودیت های مهم تفسیر شود. این محدودیت ها عبارتند بودند از: ۱. عدم دوره پیگیری ۲. نمونه گیری در دسترس ۳. عدم بررسی نقش تعدیلی برخی متغیرهای مزاحم مثل جنسیت، تحصیلات، وضعیت اجتماعی و اقتصادی و دیگر متغیرهای جمعیت شناختی در اثربخشی مداخله. ۴. نمونه محدود به مراجعه کنندگان به مراکز درمانی بوده است و قابلیت تعمیم پذیری را دشوار می کند. ۵. استفاده از ابزارهای خودگزارشی ۶. مطالعه مقطعی. پیشنهاد می شود پژوهشگران در پژوهش های آتی با لحاظ کردن این محدودیت ها پژوهش را تکرار کنند. بنابراین باید خاطر نشان نمود که یافته های فعلی باید مقدماتی در نظر گرفته شوند؛ از این رو با توجه به این محدودیت ها، پژوهش های بیشتری برای تأیید

(۲۴)، محمدی کمرسرخ و همکاران (۲۵) و صفدری و همکاران (۳۷) هم سو است. در تبیین یافته های مطالعه حاضر می توان گفت که اختلال در ذهنی سازی به عنوان عاملی مؤثر در آسیب شناسی های روانی مختلف، با ممانعت از مهارت افراد در تنظیم هیجان مطرح شده است (۱۷). اختلال در عملکرد ذهنی سازی در افراد مبتلا به اختلال خوردن، به طور قابل توجهی در چالش های تشخیص و تنظیم احساسات و همچنین حفظ روابط بین فردی سالم نقش دارد. درمان مبتنی بر ذهنی سازی با پرداختن به چالش های روابط بین فردی و تنظیم احساسات، تلاش می کند الگوهای چرخه ای که آسیب شناسی اختلال خوردن را تداوم می بخشد، مختل کند (۲۲)؛ لذا درمان MBT ظرفیت افراد را برای توصیف و شناسایی احساسات بهبود می بخشد. درمان مبتنی بر ذهنی سازی یک موضع ندانستن را به افراد ارائه می دهد که پایه ای برای کاوش دیدگاه فرد است؛ یعنی با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین بیمار و درمانگر، تجربه بیمار از تنها نبودن را افزایش داده و نشان می دهد که ذهن دیگری می تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویا بودن افکار ذهنی و هیجانی آنان مفید باشد (۳۶). بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی سازی با ایجاد اشتراک شناختی و هیجانی باعث کاهش بیگانگی در فرد می شود که این روند ابرازگری هیجانی در افراد مبتلا به اختلال خوردن را تسهیل می کند. به طور کلی بیمارانی که تحت MBT قرار می گیرند، توانایی خود در شناسایی احساسات و هدایت تفکر خود به سمت حالات درونی را افزایش می دهند. درواقع درمان رابطه ای است و بر درک بهتر و استفاده از مهارت های ذهنی سازی به منظور ارتقاء تحمل عاطفی و توانایی تفکر انعطاف پذیر در هنگام تجربه عواطف شدید، به جای استفاده از مشکل خوردن یا سایر انواع رفتارهای تکانشی برای تنظیم حالات عاطفی، تمرکز دارد (۳۸).

یافته های دیگر پژوهش این بود که درمان مبتنی بر ذهنی سازی به کاهش تکانشگری در شرکت کنندگان گروه آزمایش در مرحله پس آزمون منجر شده است. این یافته با پژوهش های لاوند و میچل (Lavender & Mitchell) (۱۳)، صیادی و همکاران (۲۶) و بشرپور و عینی (۴۰) هم سو است. در تبیین یافته های این پژوهش می توان گفت که از لحاظ عدم تعادل در ابعاد ذهنی سازی، تکانشگری بر قطب خودکار بعد خودکار- کنترل شده تأکید دارد. اگر تأمل کافی

بیشتر کارایی و کاربردپذیری این روش مداخله در افراد مبتلا به اختلال خوردن در قالب کارآزمایی های تصادفی کنترل شده و پیگیری تاثیرات درمانی ضروری است.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که MBT یک درمان مؤثر برای اختلالات خوردن است که می تواند در مراقبت های معمول سلامت روان اجرا شود. به عبارت دیگر این مطالعه نشان داد که MBT می تواند به عنوان یک مداخله مناسب برای کاهش ناگویی هیجانی و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خوردن در نظر گرفته شود و به علاوه می تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی برای درمان افراد مبتلا به اختلال خوردن

مورد استفاده قرار گیرد. توصیه می شود که درمانگران و روانشناسان از MBT جهت بهبود مکانیسم های درگیر در اختلال خوردن استفاده کنند و بدین نحو گامی مؤثر در درمان اختلالات خوردن بردارند.

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می کنیم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Mares SH, Voskamp M, Wezenberg E, van Elburg AA. A feasibility study of an add-on psychomotor body-image protocol during CBT-E in female patients with an eating disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2025 Sep 1; 88:102034. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2025.102034>
2. Hudson TA, Amaral AC, Stice E, Gau J, Ferreira ME. Dissonance-based eating disorder prevention among Brazilian young women: A randomized efficacy trial of the Body Project. *Body Image*. 2021 Sep 1; 38:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.03.008>
3. Duarte TA, Janet Treasure, Tiago Antunes Duarte, Ulrike Schmidt. *Lancet*. 2020; 395:899-911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
4. Tanahashi T, Kawai K, Tatsushima K, Saeki C, Wakabayashi K, Tamura N, Ando T, Ishikawa T. Purging behaviors relate to impaired subjective sleep quality in female patients with anorexia nervosa: a prospective observational study. *BioPsychoSocial medicine*. 2017 Dec; 11:1-8. <https://doi.org/10.1186/s13030-017-0107-7>
5. Meneguzzo P, Garolla A, Bonello E, Todisco P. Alexithymia, dissociation and emotional regulation in eating disorders: Evidence of improvement through specialized inpatient treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022 Mar; 29(2):718-24. <https://doi.org/10.1002/cpp.2665>
6. Pei C, Fan C, Luo H, Bai A, Ni S, Luo M, Huang J, Zhou Y, Huo L. Sleep problems in adolescents with depression: Role of childhood trauma, alexithymia, rumination, and self-esteem. *Journal of Affective Disorders*. 2023 Oct 1; 338:83-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.095>
7. Mallorquí-Bagué N, Vintró-Alcaraz C, Sánchez I, Riesco N, Agüera Z, Granero R, Jiménez-Múrcia S, Menchón JM, Treasure J, Fernández-Aranda F. Emotion regulation as a transdiagnostic feature among eating disorders: Cross-sectional and longitudinal approach. *European Eating Disorders Review*. 2018 Jan; 26(1):53-61. <https://doi.org/10.1002/erv.2570>
8. Nowakowski ME, McFarlane T, Cassin S. Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of eating disorders*. 2013 Jun 18; 1(1):21. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>
9. Raštam M, Gillberg C, Gillberg IC, Johansson M: Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Acta Psychiat Scand*. 1997, 95: 385-388. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09650.x>
10. Muir X, Preece DA, Becerra R. Alexithymia and eating disorder symptoms: the mediating role of emotion regulation. *Australian Psychologist*. 2024 Mar 3; 59(2):121-31. <https://doi.org/10.1080/00050067.2023.2236280>
11. Barteček R, Hořínková J, Linhartová P, Kašpárek T. Emotional impulsivity is connected to suicide attempts and health care utilization in patients with borderline personality disorder. *General Hospital Psychiatry*. 2019 Jan.

- <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.11.008>
12. Chamberlain SR, Stochl J, Redden SA, Grant JE. Latent traits of impulsivity and compulsion: toward dimensional psychiatry. *Psychological medicine*. 2018 Apr; 48(5):810-21. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002185>
13. Lavender JM, Mitchell JE. Eating disorders and their relationship to impulsivity. *Current Treatment Options in Psychiatry*. 2015 Dec; 2(4):394-401. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0061-6>
14. He Z, Yang W. Impulsiveness as potential moderators of the relation between social media dependence and eating disorders risk. *BMC psychology*. 2022 May 8; 10(1):120. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00830-8>
15. Kachooei M, Fathi-Ashtiani A. Complications of emotional regulation and impulsivity in symptoms of eating disorders. *Armaghane danesh*. 2016 Mar 10; 20(12):1070-85.
16. Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*. 2008 May; 165(5):631-8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>
17. Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*. 2007 Jan 1; 16(1):83-101. <https://doi.org/10.1080/09638230601182045>
18. Salucci KG, Austin A. Mentalisation-based therapy for eating disorder treatment: protocol for a systematic review. *BMJ open*. 2025 Mar 1; 15(3):e097639. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-097639>
19. Jewell T, Apostolidou E, Sadikovic K, Tahta-Wraith K, Liſton S, Simic M, Eisler I, Fonagy P, Yorke I. Attachment in individuals with eating disorders compared to community controls: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2023 May; 56(5):888-908. <https://doi.org/10.1002/eat.23922>
20. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Routledge; 2018 Apr 24. <https://doi.org/10.4324/9780429471643>
21. Simonsen CB, Jakobsen AG, Grøntved S, Kjaersdam Telléus G. The mentalization profile in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2020 Jun 26; 74(5):311-22. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1707869>
22. Bateman A, Fonagy P, Campbell C, Luyten P, Debbané M. *Cambridge guide to mentalization-based treatment (MBT)*. Cambridge University Press; 2023 Jun 1. <https://doi.org/10.1017/9781108896054>
23. Bateman A, Fonagy P, Campbell C, Luyten P, Debbané M. *Cambridge guide to mentalization-based treatment (MBT)*. Cambridge University Press; 2023 Jun 1. <https://doi.org/10.1017/9781108896054>
24. Robinson P, Hellier J, Barrett B, Barzdaitiene D, Bateman A, Bogaardt A, Clare A, Somers N, O'Callaghan A, Goldsmith K, Kern N. The NOURISHED randomised controlled trial comparing mentalisation-based treatment for eating disorders (MBT-ED) with specialist supportive clinical management (SSCM-ED) for patients with eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *Trials*. 2016 Nov 17; 17(1):549. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1606-8>
25. Mohammadi Kamsorkh A, Sotodeh Asl N, Mehrafzon D. The Effectiveness of Treatment Based on Mentalization on Psychological Distress and Alexitimia in Adolescent Girls with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Psychological Studies*. 2025 Feb 19; 20(4):41-56.
26. Sayadi A, Zarei S, Maleki S. The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Epistemic Trust, Emotional Dysregulation and Impulsivity in Adults with Childhood Trauma. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2025 Jan 10; 12(6):16-30.
27. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 1979 May; 9(2):273-9. <https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>
28. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*. 1982 Nov; 12(4):871-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
29. Roustaee R, Hajifaraji M, Dezhkam M, Houshiar Ra, Mehrabi Y, Zowghi T. Prevalence of eating disorders and some of the factors related to them among high school female students in the City of Tehran, 2010.
30. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item

- Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 1994 Jan 1; 38(1):23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
31. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of psychosomatic research*. 2003 Sep 1;55(3):269-75. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00578-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00578-0)
 32. Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. [Alexithymia and psychological and physical vulnerability (Persian)]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34):47-56.
 33. Barratt ES. Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychological reports*. 1965 Apr;16(2):547-54. <https://doi.org/10.2466/pr0.1965.16.2.547>
 34. Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and individual differences*. 2009 Oct 1;47(5):385-95. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
 35. Ekhtiari H, Safaei H, Esmaceli Djavid G, Atefvahid MK, Edalati H, Mokri A. [Reliability and validity of Persian versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman Questionnaires in assessing risky and impulsive Behaviors]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14(3): 326-336.
 36. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press; 2016. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
 37. Safdari F, Yeganeh R, asgharinia F, Eftekhari N. The Effect Of Mentalization-Based Therapy On Dissociative Experiences, Alexithymia And Impulsivity In People With Non-Suicidal Self-Injury. *IJPN* 2025; 12 (6):31-44
 38. Löf J, Clinton D, Kaldö V, Rydén G. Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: A naturalistic study. *BMC psychiatry*. 2018 Jun 11; 18(1):185. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1699-6>
 39. Basharpour S, Einy S. The effectiveness of mentalization-based therapy on emotional dysregulation and impulsivity in veterans with post-traumatic stress disorder. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2020 Jun 10;8(3):10-9. <https://doi.org/10.29252/shefa.8.3.10>
 40. Bouchard MA, Lecours S. Contemporary approaches to mentalization in the light of Freud's Project. In *Mentalization* 2011 Feb 25 (pp. 103-129). Routledge.
 41. Peters M. Trauma and mentalization ability in older patients. *GeroPsych*. 2021 Jul 13. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000267>