



Comparison of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Mentalization-Based Therapy on Reducing the Feeling of Emotional Loneliness in People with Asthma with Emotional Deprivation Schema

Maryam Mohammadi Mansour¹ , Shahram Mami²  , Vahid Ahmadi² 

1. PhD student, Department of General Psychology, Faculty of Humanities, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
2. Department of General Psychology, Faculty of Humanities, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

Corresponding Author: Shahram Mami

E-mail: dr.sh.mami@gmail.com

Received: 30 October 2024

Revised: 25 November 2024

Accepted: 28 November 2024

Published Online: 1 April 2025

Citation: Mohammadi Mansour, M., Mami, S. and Ahmadi, V. (2025). Comparison of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Mentalization-Based Therapy on Reducing the Feeling of Emotional Loneliness in People with Asthma with Emotional Deprivation Schema. *Journal of Modern Psychological Researches*, 20(77), 184-194. [doi: 10.22034/jmpr.2024.64264.6503](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.64264.6503)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Asthma is a chronic inflammatory disease of the respiratory system characterized by airway hyperresponsiveness, chronic cough with little sputum, wheezing, and chest tightness (Bush, 2024; Brass & Kaplman, 2022). Beyond its physical manifestations, recent research indicates that asthma is also influenced by psychological and personality factors. In particular, maladaptive cognitive schemas—especially those related to emotional deprivation—appear to play an important role in shaping both the experience and management of the disease (Nazemi et al., 2018). Individuals with an emotional deprivation schema feel that they have not received sufficient care, empathy, or support throughout their lives. This chronic lack of emotional nurturing often leads to a persistent state of emotional loneliness, where individuals perceive their interpersonal relationships as insufficient in both quality and quantity. Emotional loneliness is thought to originate in early childhood experiences, particularly when primary caregivers fail to meet the child's emotional needs (Mansoor et al., 2010; Peplau, 2022).

Given the dual burden of physical and emotional distress in asthma, it is critical to explore therapeutic interventions that can address both dimensions. Psychotherapeutic approaches such as Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) and mentalization-based treatment (MBT) have gained prominence as non-pharmacological strategies that might improve psychological functioning and, by extension, asthma management. Both therapies are designed to bring unconscious, distressing childhood experiences into conscious awareness, thereby helping patients to regulate their emotions. Whereas ISTDP focuses on enabling patients to confront and process repressed emotions within the therapeutic relationship, MBT seeks to enhance the patient's capacity to understand and interpret both their own and others' mental states (Bateman & Fonagy, 2016; Fiorini et al., 2024). The present study compares the effectiveness of these two interventions in reducing emotional loneliness among asthmatic patients with an emotional deprivation schema, with the goal of identifying a more potent treatment modality for alleviating psychological distress in this population.

Method: This quasi-experimental study utilized a pre-test–post-test design with three groups. The study sample consisted of 45 asthmatic patients diagnosed with an emotional deprivation schema who visited the Imam Reza Educational-Therapeutic Center in Tabriz during the second half of 2023. Diagnosis of asthma was confirmed by a specialist, and patients were screened for an emotional deprivation schema using the short form of Young’s Schema Questionnaire (YSQ-SF). Inclusion criteria were: ages between 20 and 60 years, willingness and informed consent to participate, and no history of receiving psychological treatment in the past six months. Exclusion criteria included the use of non-prescribed medications and missing more than one therapy session during the study. In order to control for disease severity, the duration and intensity of asthma were balanced across groups. Participants were randomly assigned into three groups of 15 individuals each:

- **ISTDP Group:** Received 8 individual therapy sessions of 90 minutes each based on the short-term psychodynamic psychotherapy protocol developed by Davanloo (2011).
- **MBT Group:** Received 8 individual therapy sessions of 90 minutes each following the mentalization-based treatment protocol as outlined by Bateman and Fonagy (2016).
- **Control Group:** Did not receive any psychotherapeutic intervention during the study period; however, for ethical considerations, the MBT intervention was later provided to this group after post-test assessments.

The primary outcome measure was the level of emotional loneliness, assessed with a 20-item scale developed by Russell et al. (1980). The items are scored on a 4-point Likert scale (ranging from “Never” to “Always”), with total scores ranging from 20 to 80; scores above the average of 50 indicate higher levels of loneliness. Data analysis was conducted using univariate analysis of covariance (ANCOVA) to adjust for any baseline differences and to determine the effect of treatment on post-test emotional loneliness scores.

Results: Descriptive statistics showed that the mean ages of the ISTDP, MBT, and control groups were 35.6, 36.2, and 35.8 years, respectively, with an overall mean age of 35.7 years. Gender distribution was similar across groups, with approximately 33% male and 67% female participants. Analysis of pre-test and post-test scores on the loneliness scale revealed that both therapeutic interventions significantly reduced the intensity of emotional loneliness compared to the control group. The ANCOVA results indicated a statistically significant group effect ($p < 0.001$) with an effect size (η^2) of 0.77, meaning that 77% of the variance in post-test loneliness scores could be explained by differences between the treatment groups. The following table summarizes the key ANCOVA findings:

Table 1. Results of the Analysis of Covariance for Between-Group Effects on Loneliness in the Experimental and Control Groups

Source of Variation	SS	df	MS	F	p	η^2
Group	528.488	2	264.244	2.31570	0.0001	0.77
Error	428.142	41	474.3	–	–	–
Total	800.17	44	–	–	–	–

The results presented in Table 1 indicate that both short-term psychodynamic therapy and mentalization-based treatment produced a statistically significant difference between the groups in terms of loneliness ($\eta^2 = 0.77$, $F(2,44) = 2.31570$), accounting for 77% of the variance in loneliness scores. This finding suggests that a substantial portion of the individual differences in loneliness can be attributed to group membership, reflecting the effect of the intervention.

Post hoc comparisons using the Bonferroni method indicated that the MBT group exhibited a significantly greater reduction in loneliness compared to both the ISTDP and control groups. The ISTDP group also showed significant improvements relative to the control group; however, its effect was less pronounced than that of MBT.

Discussion: The results of this study indicate that both Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) and mentalization-based treatment (MBT) effectively reduce emotional loneliness in asthmatic patients with an emotional deprivation schema. Notably, MBT was found to be more effective than ISTDP, as reflected by the larger reduction in loneliness scores. These findings support the theoretical rationale that enhancing a patient’s ability to mentalize—the capacity to interpret and understand mental states in oneself and others—can lead to improved emotional regulation and more satisfying interpersonal relationships. In contrast, ISTDP primarily facilitates the confrontation and processing of repressed emotions, which, although effective, may not address the relational deficits as directly as MBT.

The superior performance of MBT may be attributed to its emphasis on improving the patient's understanding of the internal and external dimensions of emotional experience. This process helps individuals reconstruct their early attachment experiences and modify maladaptive internal representations that contribute to chronic emotional loneliness. Improved mentalization is likely to foster better interpersonal relationships, which, in turn, can lead to enhanced overall well-being and better management of asthma symptoms. Given that stress and emotional distress are known to exacerbate asthma, the integration of such psychotherapeutic interventions into standard asthma care could have far-reaching benefits.

Nonetheless, this study has limitations. Data were collected solely via self-report measures, which may be subject to bias such as social desirability or unintentional distortion. Moreover, the absence of a long-term follow-up phase limits the ability to assess the durability of treatment effects over time. Future research should incorporate multimethod assessments—including clinical interviews and behavioral observations—and extend follow-up periods to determine the longevity of these interventions' benefits.

In summary, the present study demonstrates that both ISTDP and MBT are effective in reducing emotional loneliness among asthmatic patients with an emotional deprivation schema, with MBT showing a more pronounced impact. These findings underscore the importance of addressing psychological factors in the treatment of asthma and suggest that interventions aimed at enhancing mentalization may offer a promising avenue for improving both emotional and physical health outcomes in this population.

KEYWORDS

short-term dynamic psychotherapy, mentalization, emotional loneliness, emotional deprivation schema, asthma





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی



مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش احساس تنهایی هیجانی افراد مبتلا به آسم دارای طرحواره محرومیت هیجانی

مریم محمدی منصور^۱ ID، شهرام مامی^۲ ID✉، وحید احمدی^۲ ID

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
 ۲. گروه روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

نویسنده مسئول: شهرام مامی

رایانامه: dr.sh.mami@gmail.com

تاریخ دریافت: ۰۹ آبان ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۰۵ آذر ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۰۸ آذر ۱۴۰۳

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۲ فروردین ۱۴۰۴

استناددهی: محمدی منصور، مریم، مامی، شهرام و احمدی، وحید. (۱۴۰۴).

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش احساس تنهایی هیجانی افراد مبتلا به آسم دارای طرحواره محرومیت هیجانی. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۲۰(۷۷)، ۱۸۴-۱۹۴. doi: [10.22034/jmpr.2024.64264.6503](https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.64264.6503)

مشخصات مقاله

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش احساس تنهایی هیجانی افراد مبتلا به آسم دارای محرومیت هیجانی بود که در راستای دو تحقیق پیشین پژوهشگر بر روی بیماران آسمیک صورت گرفت. روش پژوهش شبه آزمایشی از نوع طرح گسترش یافته پیش‌آزمون - پس‌آزمون چندگروهی بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به آسم دارای طرحواره محرومیت هیجانی است. نمونه شامل ۴۵ نفر از افراد مبتلا به بیماری آسم دارای محرومیت هیجانی است که به صورت هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در ۳ گروه روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت، گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و گروه کنترل گمارده شدند. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه طرحواره محرومیت هیجانی (یانگ، ۱۹۹۱) و احساس تنهایی (راسل و همکاران، ۱۹۸۰) استفاده شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر احساس تنهایی هیجانی افراد مبتلا به آسم تأثیر معناداری داشت ($F=70/315, \eta^2=0/77$). همچنین تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت در کاهش احساس تنهایی هیجانی افراد مبتلا به آسم بیشتر بود ($p<0/05$). می‌توان از روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش احساس تنهایی هیجانی افراد مبتلا به آسم دارای طرحواره محرومیت هیجانی بهره برد.

کلیدواژه‌ها:

روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، ذهنی‌سازی، احساس تنهایی هیجانی، طرحواره محرومیت هیجانی، آسم



مقدمه

سطح هشیاری هستند و مداخلاتی هستند که می‌توانند توسط شخص بیمار آموخته شده و در موقع نیاز، توسط خود نیز بکار برده شوند.

در این رابطه، روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت ریشه در روان‌تحلیل‌گری دارد اما در عین حال این ارتباط، ارتباطی دوسوگرایانه است. روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت بر خلاف روان‌تحلیل‌گری از روش علمی برای ارزیابی نتایج درمان استفاده می‌کند و با تمرکز شدید بر ارتباط عاطفی میان درمانگر و بیمار در جلسه‌ی درمان، از بروز نورو انتقالی جلوگیری می‌کند و تمامی هیجان‌ات بیمار پیش از آنکه وی جلسه را ترک کند، مورد شناسایی واقع می‌شوند و درمانگر به جای آنکه تبدیل به فردی گردد که بیمار به او دلبسته می‌شود، نقش یک راهنما را دارد که به بیمار کمک می‌کند با احساسات غیر قابل قبول خود مواجه شود (فیورینی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴).

در این درمان، انتقال به عنوان پدیده‌ای در نظر گرفته می‌شود که در تمامی روابط صمیمانه رخ می‌دهد. این انتقال از اولین جلسه‌ی درمان در سطحی عاطفی مورد بررسی قرار می‌گیرد و این کار در تمامی جلسات بعد ادامه می‌یابد تا اینکه با کشف احساسات اصیل، حساسیت زدایی از عواطف بیمار، تجربه‌ی هیجانی اصلاحی، و بینش یافتن نسبت به فرایندهای ناهشیار، مشکل بیمار حل گردد (لیندگارد^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴).

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نیز ریشه در نظریه دلبستگی دارد و توسط بن‌تمن و فوناگی^{۱۴} معرفی شده است. این درمان بر این عقیده است که برخی افراد فاقد ظرفیت مناسب برای ذهنی‌سازی هستند. این ناتوانی در ذهنی‌سازی به این دلیل اتفاق می‌افتد که والدین در طی دوره رشد کودک به رفتارها و هیجان‌ات او بازتاب و پاسخ محتمل و مشخص نداده‌اند (لایتن^{۱۵} و فوناگی، ۲۰۱۹). کانون اصلی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی درمانجو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل کند. در این رابطه، پژوهشگران چهار بعد را برای ذهنی‌سازی شناسایی کرده‌اند: خودکار در مقابل کنترل شده، خود در مقابل دیگری، ویژگی‌های درونی در مقابل ویژگی‌های بیرونی و شناختی در مقابل عاطفی. لذا توانایی ذهنی‌سازی مستلزم این است که افراد بتوانند نه تنها نوعی تعادل را در این ابعاد حفظ کنند، بلکه باید بتوانند ابعاد را به طور مناسبی با توجه به شرایط محیطی مورد استفاده قرار دهند (لایتن و همکاران، ۲۰۱۹).

در این راستا، نتایج مطالعات لائوریلا^{۱۶} و همکاران (۲۰۲۴)، راکو^{۱۷} و همکاران (۲۰۲۱)، کاردیولی^{۱۸} و همکاران (۲۰۲۰)، مهدوی و همکاران (۲۰۱۹) و مامی و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند روان‌درمانی کوتاه مدت منجر به کاهش علائم بیماری‌های مختلف می‌شود. از سوی دیگر مطالعات کلاگلین^{۱۹} و همکاران (۲۰۲۴)، استاورو^{۲۰} (۲۰۱۹)، بادود^{۲۱} و همکاران

آسم^۱ یکی از بیماری‌های مزمن و التهابی دستگاه تنفسی است که در جریان آن، سلول‌های التهابی وارد ریه شده و با تحریک پذیری مجاری هوایی (بوش^۲، ۲۰۲۴) موجب سرفه خشک همراه با خلط اندک و خس‌خس، تنگی نفس و احساس فشار در قفسه می‌شود (براسل و کاپلمن^۳، ۲۰۲۲). در این رابطه، محققان نشان داده‌اند بیماری آسم تحت تأثیر ویژگی‌های مختلف شخصیتی و روانی فرد بخصوص طرحواره‌های ذهنی افراد قرار داشته (ناظمیه و همکاران، ۲۰۱۸) و ممکن است بدلیل ارتباط این بیماری با فرایندهای روانی افراد، نوع ارتباطات اجتماعی و کنش‌های هیجانی وی نیز تحت تأثیر قرار گیرد (کاپونیتو^۴ و همکاران، ۲۰۲۴).

مطالعات نیز حاکی از نقش طرحواره‌های مختلف بخصوص طرحواره‌های هیجانی^۵ در بیماری‌هایی نظیر آسم می‌باشد (پاشالی^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع، طرحواره محرومیت هیجانی در قالب محرومیت از محبت، محرومیت از همدلی و محرومیت از حمایت در افراد مبتلا به آسم دیده می‌شود و از این ایده نشأت می‌گیرد که فرد در طول زندگی‌اش به اندازه کافی مورد محبت و پذیرش قرار نگرفته و احساس تنهایی می‌کند (منصور و همکاران، ۲۰۱۰) و به همین دلیل همیشه از تنهایی، افسردگی و درک نشدن شاکی است (پیلانو^۷، ۲۰۲۲). پژوهشگران قرار گرفتن در چنین حالتی را با عنوان تنهایی هیجانی^۸ شخص نامگذاری کرده‌اند که به معنای نداشتن همراهی و صمیمیت هیجانی کافی با اطرافیان می‌باشد و خاستگاه اصلی این نوع از تنهایی، به دوران کودکی بر می‌گردد. روان‌شناسان نیز عقیده دارند وقتی والدین به دلیل مشکلات شخصی از نیازهای کودک خویش غافل می‌شوند، کودک احساس می‌کند که دیده نشده و مورد توجه نیست، که در این حالت تنهایی هیجانی به وی دست می‌دهد (ون تیلبرگ^۹، ۲۰۲۱).

بر اساس آنچه بیان گردید، شناسایی فنون و راهکارهای درمانی که بتوانند افراد مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی نظیر افراد آسمی دارای طرحواره محرومیت هیجانی را از لحاظ جنبه‌های مختلف هیجانی/ روانی، بهبود بخشند، حائز اهمیت است. لذا، کاهش احساس تنهایی هیجانی و سازه‌های مرتبط با اثرات بیماری آسم در اولویت متخصصان سلامت بوده و علاوه بر درمان‌هایی دارویی متداول، با توجه به اثرات جسمانی و روانی این بیماری از انواع روش‌های غیردارویی، از قبیل درمان‌های روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت^{۱۰} (ISTDP) و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی^{۱۱} (MBT-C) می‌توان بهره گرفت. نگاهی به مبانی و روش‌های درمانی این دو، حاکی از آن است که هر دو روش سعی در فراخوانی تجربه‌های ناگوار ذهنی دوران کودکی به

12. Fiorini
13. Lindegaard
14. Bateman & Fonagy
15. Luyten
16. Laurila
17. Rocco
18. Caldiroli
19. Kluglein
20. Stavrou
21. Badoud

1. asthma
2. Bush
3. Brusselle & Koppelman
4. Caponnetto
5. emotional schemas
6. Paschali
7. Peplau
8. emotional loneliness
9. Van Tilburg
10. Short-term psychotherapy
11. Treatment based on mentality

(۲۰۱۸)، قنبری و همکاران (۱۳۹۹) و عینی و همکاران (۱۳۹۷) نیز حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی در درمان علائم اختلالات و بیماری‌های مختلف بود.

بنابراین، از آنجاییکه سلامت جسمانی و روانی بیماران مبتلا به آسم برای پیگیری درمان‌ها و پیشگیری از عوارض بیماری اهمیت بالایی دارد و همچنین با توجه به اهمیت گسترش روابط اجتماعی و کاهش انزوای شخصی به جهت فراهم نمودن زمینه کاهش اثرات بیماران آسمی که دارای طرحواره محرومیت هیجانی‌اند، و توجه به این نکته که احساس تنهایی از برآورد شناختی انسان درباره کیفیت و کمیت روابط عاطفی و اجتماعی خویش ناشی می‌شود. لذا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر کاهش احساس تنهایی هیجانی افراد دارای طرحواره محرومیت هیجانی مبتلا به بیماری آسم انجام پذیرفت.

روش

پژوهش حاضر، یک مطالعه شبه آزمایشی از نوع طرح گسترش یافته پیش‌آزمون - پس آزمون چندگروهی بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری آسم دارای محرومیت هیجانی بود که در نیمه دوم ۱۴۰۲ به مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) شهر تبریز مراجعه نمودند و توسط پزشک متخصص تشخیص بیماری آسم داده شدند (برآورد تقریبی بین ۲۰۰ تا ۲۵۰ بیمار در سال). نمونه پژوهش شامل حداقل ۴۵ مرد و زن مبتلا به بیماری آسم دارای محرومیت هیجانی بود که به صورت هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در ۳ گروه به شرح ذیل گمارده شد: ۱۵ نفر برای گروه دریافت روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت (گروه آزمایش اول)، ۱۵ نفر برای گروه دریافت درمان مبتنی بر ذهنی سازی و ۱۵ نفر در گروه کنترل. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ دارای طرحواره محرومیت هیجانی، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح پژوهش، دامنه سنی ۲۰-۶۰ و عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی ۶ ماه گذشته بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز مصرف داروهایی به جز داروهای تجویز شده در فرایند درمان، غیبت در بیش از یک جلسه درمانی مد نظر قرار گرفت. لازم به ذکر است

شدت و طول بیماری آسم نیز در آزمودنی‌ها کنترل شده بود. اطلاعات بدست آمده نیز با روش تحلیل کوواریانس تک متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای پژوهش شامل:

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ-SF): در پژوهش حاضر برای بررسی طرحواره محرومیت هیجانی از سوالات مربوط به طرحواره محرومیت هیجانی (سوالات ۱-۲-۳-۴-۵) پرسشنامه طرحواره یانگ استفاده شده است (یانگ و براون، ۱۹۹۱). این مقیاس در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً غلط تا کاملاً درست) پاسخ داده می‌شود و نقطه برش نمرات طرحواره محرومیت هیجانی به این صورت است که اگر شخصی نمرات ۱۵ به بالا به دست بیاورد، حاکی از آن است که وی دارای طرحواره محرومیت هیجانی است. در ایران هنجاریابی فرم کوتاه پرسشنامه یانگ توسط آهی و همکاران (۱۳۸۶) انجام گرفته و مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین روایی و اعتبار این مقیاس توسط یوسفی و همکاران (۱۳۸۷) مورد بررسی قرار گرفته و با استفاده از دو روش آلای کروناخ و دونیمه کردن در کل نمونه به ترتیب برای دختران ۰/۹۱ و ۰/۸۹ و در بین پسران ۰/۸۱ و ۰/۸۴ به دست آمده است.

مقیاس احساس تنهایی^۲: این پرسشنامه توسط راسل^۳ و همکاران (۱۹۹۸) در سال ۱۹۸۰ ساخته شد که شامل ۲۰ سوال ۴ گزینه‌ای (۱- هرگز، ۲- به ندرت، ۳- گاهی، ۴- همیشه)، می‌باشد. دامنه نمره‌ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است، بنابراین میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است. پایایی این آزمون در نسخه جدید تجدید نظر شده ۰/۷۸ گزارش شد. همچنین پایایی آزمون به روش باز آزمایی توسط راسل و همکاران ۰/۸۹ گزارش شده است. این مقیاس در ایران توسط شکر کن و میردریکوند ترجمه و پس از اجرای مقدماتی و اصلاحات به کار گرفته شد. در مطالعه میردریکوند (۱۳۷۸) همبستگی بین مقیاس‌های جدید و مقیاس اصلی ۰/۹۱ گزارش گردید. در این پژوهش نیز آلفای کروناخ برابر با ۰/۸۳ به دست آمد.

پروتکل روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت: روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای براساس پروتکل روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت حبیب دوانلو (۱۳۹۰) به صورت فردی انجام گرفت.

جدول ۱: پروتکل روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت

جلسه	محتوای جلسه
۱	انجام مصاحبه و کسب اطلاعات اولیه، جستجوی علائم اختلال و مشکلات شخصی مراجع، بیان مشکلات بصورت عینی و واضح
۲	لژوم آشناسازی مراجعان با دفاع‌های خود و تبدیل دفاعها از شکل «همخوان با خود» به شکل «ناهمخوان با خود»
۳	روبرو شدن مراجع با احساسات عمیق تر و دفاع‌های روانی
۴	فشار برای تجربه احساسات انتقالی و سپس تفسیر آن
۵	مطرح شدن اولیه تعارضات مراجع، ادامه کاوش در احساسات و خنثی سازی دفاعها و تالش برای تجربه واقعی احساسات
۶	بررسی احساسات بیمار و چگونگی ارتباط یافتن این احساسات، فرایند کاوش، دفاع، خنثی سازی دفاع، تجربه احساسات، و فرایند تفسیر بصورت مداوم و با در نظر گرفتن ظرفیت ایگو مراجع
۷	پیگیری و کاوش و در نهایت تجربه واقعی احساسات، تحلیل و تفسیر الگوی تفکر مراجع در ارتباط با تعارضات درونی خود
۸	بیش نسبت به احساسات زیربنایی خود، آشکار شدن ساز و کارهای دفاعی و الگوی فکری در ارتباط با تعارضات درونی خود، چگونگی مطرح شدن این ساز و کارهای دفاعی در رابطه تعاملی با دیگران و مشکلات موجود

پروتکل درمانی ذهنی‌سازی: محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برگرفته از پروتکل درمانی بتمن و فوناگی (۲۰۱۶) بود که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت فردی اجرا شد.

جدول ۲: پروتکل درمانی ذهنی‌سازی فوناگی

جلسه	محتوای جلسه
۱	توضیح ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوءتعبیرها از سوی درمانگر
۲	بررسی شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب، مشکلات در ذهنخوانی خود و دیگران، مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری
۳	بررسی هیجان‌های اصلی و اجتماعی، هیجان‌های اولیه و ثانویه، توصیف انواع هیجان‌ها و تنهایی هیجانی
۴	بررسی ذهنی‌سازی هیجان‌ها، چگونگی برخورد با هیجان‌ها، فعالیت در مورد نحوه ثبت هیجان‌ها در رابطه با خود و دیگران
۵	بررسی اهمیت روابط افراد با یکدیگر و روابط دلبستگی، بررسی دلبستگی و ذهنی‌سازی، بحث، بررسی تعارض‌های دلبستگی
۶	ارائه رویکرد آموزشی، فعالیت فردی، ارائه جزوه در مورد بیماری آسم، بررسی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، بیان مشخصات و اهداف اختصاصی آن، آموزش و تمرین ذهنی‌سازی
۷	بررسی جنبه دلبستگی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، بحث، اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران، بررسی اضطراب دلبستگی و ذهنی‌سازی، ارائه آموزش در مورد کاهش استرس و اضطراب
۸	ارائه رویکرد آموزشی در مورد تنهایی هیجانی، ارائه فعالیت فردی، جمع‌بندی و مروری بر مباحث جلسات قبلی، بررسی تکالیف، خلاصه و نتیجه‌گیری

یافته‌ها

طبق اطلاعات بدست آمده میانگین سنی برای گروه روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت برابر با ۳۵/۶ سال، گروه درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی ۳۶/۲۰ سال و گروه کنترل نیز ۳۵/۸۰ سال بود. همچنین میانگین سنی کلیه شرکت‌کنندگان نیز برابر با ۳۵/۸۷ سال بود. همچنین در تمامی گروه‌های درمانی و همچنین در گروه کنترل؛ ۳۳/۳ درصد آزمودنی‌ها مرد و ۶۶/۷ درصد آزمودنی‌ها نیز زن بودند.

جهت اجرای پژوهش، ابتدا هماهنگی‌های لازم با آزمودنی‌ها انجام گردید که در ساعت مشخص در کلینک ریه مرکز آموزشی درمانی امام رضا حاضر شوند. با توجه به استقبال آزمودنی‌ها، افت نمونه وجود نداشت و درمان‌ها طبق برنامه هفته‌ای دو بار در بازه زمانی یک ماهه توسط پژوهشگر انجام گردید. در جهت در نظر داشتن ملاحظات اخلاقی نیز، ضمن حفظ محرمانگی مشخصات آزمودنی‌ها، بعد از اتمام ارائه درمان‌ها و مشخص شدن نتیجه، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر گروه کنترل نیز اجرا گردید.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی احساس تنهایی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	مرحله	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	آزمون شاپیرو ویلک ^۱
							معنی‌داری
ذهنی‌سازی	روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت	پیش آزمون	۴۱	۵۳	۴۶/۰۷	۳/۴۹	۰/۱۵۲
		پس آزمون	۳۳	۴۳	۳۷/۵۳	۳/۲۹	۰/۴۲۰
احساس تنهایی	کوتاه‌مدت	پیش آزمون	۴۳	۵۵	۴۷/۴۰	۳/۶۰	۰/۱۹۹
		پس آزمون	۳۶	۵۱	۴۲/۲۰	۳/۹۵	۰/۸۷۹
کنترل	کنترل	پیش آزمون	۴۰	۵۳	۴۶/۴۷	۳/۳۵	۰/۹۸۵
		پس آزمون	۴۱	۵۲	۴۵/۹۳	۳/۸۶	۰/۲۵۰

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای گروه‌های آزمایش و کنترل در احساس تنهایی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	ضریب اتا
گروه	۴۸۸/۵۲۸	۲	۲۴۴/۲۶۴	۷۰/۳۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷
خطا	۱۴۲/۴۲۸	۴۱	۳/۴۷۴			
کل	۸۰۰/۱۷	۴۴				

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در متغیر احساس تنهایی ($F=70/315, \eta^2=0/77$) به میزان ۷۷ درصد شده است. بدین معنا

که بخشی از تفاوت‌های فردی در متغیر احساس تنهایی به خاطر تفاوت در عضویت گروهی (تأثیر مداخله) می‌باشد.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی (Bonferroni) جهت مقایسه زوجی میانگین متغیرهای پژوهش در گروه‌ها

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
احساس تنهایی	درمان ذهنی‌سازی	روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت	۰/۶۸۹	۰/۰۰۰۱
	درمان ذهنی‌سازی	کنترل	۰/۶۸۱	۰/۰۰۰۱
	روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت	کنترل	۰/۶۸۵	۰/۰۰۰۱

نتایج مربوط به آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می‌دهد که در متغیر احساس تنهایی تفاوت بین میانگین گروه‌های روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و کنترل، به نفع میانگین گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به گروه روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و گروه کنترل است. همچنین طبق یافته‌ها، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تأثیر بیشتری در کاهش احساس تنهایی نسبت به گروه روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش احساس تنهایی هیجانی افراد دارای طرحواره محرومیت هیجانی مبتلا به آسم بود. یافته‌های بدست آمده نشان داد روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش احساس تنهایی هیجانی افراد دارای طرحواره محرومیت هیجانی مبتلا به آسم تأثیر معناداری دارند. همچنین بین تأثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش احساس تنهایی هیجانی، تفاوت وجود داشت به نحوی که تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نسبت به گروه روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت در کاهش احساس تنهایی هیجانی افراد دارای طرحواره محرومیت هیجانی مبتلا به آسم بیشتر بود.

نتایج مربوط به تأثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت بر احساس تنهایی هیجانی با یافته‌های مطالعات مامی و همکاران (۲۰۱۸)، مهدوی و همکاران (۲۰۱۹)، کاردیولی و همکاران (۲۰۲۰)، راکو و همکاران (۲۰۲۱) و لائوریلا و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. از سوی دیگر مطالعات کلاگلین و همکاران (۲۰۲۴)، استاورو (۲۰۱۹) و بادود و همکاران (۲۰۱۸)، قنبری و همکاران (۱۳۹۹) و عینی و همکاران (۱۳۹۷) نیز با یافته‌های مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر احساس تنهایی هیجانی همخوان بود. در تبیین تأثیر مداخله روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر کاهش احساس تنهایی هیجان افراد دارای طرحواره محرومیت هیجانی مبتلا به آسم، می‌توان چنین بیان نمود که در روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت به علت مواجهه فرد با احساسات ناخواسته، اضطراب شخص در ابتدا افزایش می‌یابد، اما پس از چند جلسه که احساسات برونریزی شده و مورد پردازش و

کنترل قرار می‌گیرند، علائم خلقی یا هیجانی فرد کاهش می‌یابد. در واقع، در طول جلسات درمانی زمانی که احساسات برونریزی می‌شود، به طور چشمگیری احساسات رسوب شده در وجود فرد کاهش می‌یابد و با تنظیم اضطراب، سبک‌های دفاعی رشد یافته و تجربه احساسات تنظیم هیجانی فرد به شکل مؤثرتری رخ می‌دهد و فرد می‌تواند از هیجانات و نشانه‌های بدنی خود، آگاهی پیدا نماید (کاردیولی و همکاران، ۲۰۲۰). از نگاهی دیگر، در فرایند روان‌درمانی پویایی، فرد با کسب توانایی تجربه در بررسی عمق هیجانی خویش و بیان آن می‌تواند از طریق کاهش بازداری، فرایندهای شناختی و برانگیختگی را تنظیم نماید و درکی واقعی از خود و توانمندی‌های خود بدست آورده و مهارت‌های مقابله‌ای و نیز روابط میان فردی را اصلاح نموده و به این صورت زمینه برخورد مناسب هیجانی را افزایش دهد (لیندگارد و همکاران، ۲۰۲۴).

در خصوص تأثیر مداخله درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نیز می‌توان چنین بیان کرد که در افراد مبتلا به بیماری آسم، به دلیل روابط اجتماعی ناقص و احساس کمبود در دل‌بستگی، نوعی احساس تنهایی مداوم ایجاد می‌شود که بر رفتارهای فرد تأثیر گذاشته و مانع از تعاملات اجتماعی سازنده و تلاش برای ارتقای سلامتی می‌شود. همچنین، ممکن است به دلیل روابط نامناسبی که به نوعی بی‌اعتمادی را در وی تقویت نموده و مانع تعاملات اجتماعی سازنده و به عبارتی احساس بیگانگی در تعاملات اجتماعی و احساس تنهایی هیجانی می‌شود. لذا، از طریق برنامه آموزش ذهنی‌سازی، این نوع رفتارها بهبود یافته و به فرد اجازه می‌دهد تا مسائل را بهتر درک کند و ذهنیت خود را برای درک و فهمیدن احساسات باز نماید. از این طریق، فرد با غلبه بر اضطراب، اطلاعات مثبت اجتماعی که قبلاً رد شده بودند را تثبیت می‌کند و قادر می‌شود باورهایش را تغییر دهد (جین و فونایگی^۱، ۲۰۲۰). همچنین در این درمان، تمرکز بیشتر بر عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان، زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن، به کاوش حالت‌های پیچیده‌تر ذهنی در زمینه تعامل اجتماعی و احساس تنهایی هیجانی پرداخته شود. بنابراین، این درمان باعث بهبود روابط اجتماعی در افراد مبتلا به بیماری آسم دارای طرحواره محرومیت هیجانی می‌شود. در واقع، تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین بیمار و درمانگر، تجربه بیمار را در این مورد که او تنها نیست افزایش می‌دهد و نشان می‌دهد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویا بودن مفید باشد (بتمن و فونایگی، ۲۰۱۰).

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همه شرکت‌کنندگان و تمامی عزیزانی که ما را در انجام پژوهش حاضر یاری نمودند، صمیمانه کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض منافع

بدین وسیله نویسندگان مقاله تصریح می‌نمایند که این مقاله برگرفته از رساله دکتری بوده و هیچگونه تعارض منافی در قبال مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع مالی

پژوهش حاضر فاقد حمایت مالی بود.

در تبیین تأثیر بیشتر ذهنی‌سازی بر کاهش احساس تنهایی هیجانی افراد دارای طرحواره محرومیت هیجانی مبتلا به آسم، می‌توان چنین بیان نمود که در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی؛ شناسایی، بیان و تنظیم هیجانی مناسب بسته به موقعیت، تحول، شکل‌گیری و گسترش بازنمایی‌های ذهنی پایداری که برگرفته از بازنمایی‌های تحریف شده یا حتی ذهن خالی از بازنمایی نباشد و پایه‌گذاری رابطه درمانی ایمن که فرصتی فراهم کند تا مراجع بعدها بتواند این ظرفیت را به زندگی واقعی انتقال بدهد، از اهداف اساسی این رویکرد درمانی است، می‌تواند در کاهش تنهایی هیجانی موثر باشد. همچنین با توجه به اینکه که اولین جرعه‌های ذهنی‌سازی، در رابطه با مراقبان اولیه شکل می‌گیرد. نوزاد از بدو تولد، توانایی تقلید حالات هیجانی چهره والدین را دارد و این به او کمک می‌کند که در طول رشد از خودشیفتگی اولیه خارج شده و بتواند دیگری را نیز در مرکز توجه قرار بدهد. یکی از اولین چیزهایی که در این رابطه نیاز به تنظیم و دیده شدن توسط والد دارد، هیجان‌ها هستند. بازنمایی‌های اولیه‌ای و خامی که ما به جهان می‌آوریم، از طریق آینه‌واری^۱ توسط یک مراقب به اندازه کافی خوب، به بازنمایی‌های ثانویه مبدل می‌شوند. از این طریق، هنگامی که نیازهای عاطفی فرد برآورده نمی‌شود، احساس می‌کند نامرئی و بی‌اهمیت است و در سطح عمیقی مورد توجه قرار نمی‌گیرد (هاگلکوئیست^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر می‌توان چنین بیان نمود که در جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با ثبت هیجان‌ها در رابطه با خود و دیگران، تفسیر علائم هیجانی درونی در خود و دیگران، خودتنظیمی احساسات و همچنین ارائه روش‌های آرمیدگی می‌تواند به تنظیم هیجانی ناشی از طرحواره محرومیت هیجانی بیماران آسمی منجر شود (هوکر^۳ و همکاران، ۲۰۰۸).

بنابراین، طبق نتایج می‌توان دوره‌های مختلف آموزشی و درمانی را در سازمان‌های حمایتی و اجتماعی با اولویت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در جهت کاهش مشکلات هیجانی افراد مبتلا به آسم به مرحله اجرا درآورد. همچنین با توجه به اینکه کاهش احساس تنهایی بیماران مبتلا به آسم می‌تواند از این افراد در برابر آثار رویدادهای استرس‌زای زندگی مراقبت کند، لذا تدوین برنامه‌های پیشگیرانه براساس مداخله مبتنی بر ذهنی‌سازی، نقش پیشگیرانه‌ای در عود علائم بیماران آسمی ایفا نماید. این پژوهش با محدودیت‌هایی نظیر اینکه جمع‌آوری اطلاعات براساس مقیاس‌های خودگزارش دهی انجام شد که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف هستند. لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط گردد. همچنین نبود مرحله پیگیری و انجام پژوهش در کوتاه مدت، برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت در طول زمان از جمله مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی در کنار ابزار خودگزارش دهی از روش‌های جامع‌تر همراه با مصاحبه بالینی استفاده شده و در صورت امکان از روش‌های تمام‌آزمایشی با مرحله پیگیری استفاده شود تا نتایج دقیق‌تری از تداوم اثرات درمانی مداخله بدست آید.

References

- Ahii, G., Mohammadi Far, M., & Basharat, M. (2007). Reliability and validity of the short form of Young Schema Questionnaire. *Psychology and Educational Sciences*, 37(3), 5-20. (In Persian).
- Jabbarian, N. (2018). *The effectiveness of assertiveness training on loneliness and social skills of single-parent students* (Master's thesis). Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch. (In Persian).
- Heshmati, R. (2016). Prediction of chronic pain based on early maladaptive schemas. *Scientific-Research Quarterly of Anesthesia and Pain*, 7(1), 49-60. (In Persian).
- Davanloo, H. (2011). *Short-term psychodynamic therapy* (E. Khaleghi Sigaroudi, Trans.). Tehran: Arjmand Publishing.
- Eini, S., Norimani, M., Atadokht, A., Basharpour, S., & Sadeghi Movahed, F. (2018). Effectiveness of Mentalization based Therapy and Cognitive -Analytical Therapy on Improved Object Relationship of People with Borderline Personality Disorder: A comparison. *Payesh Journal*, 17(3), 275-287. (In Persian).
- Ghanbari, F., Naziri, Q., & Omidvar, B. (2020). The effectiveness of mentalization-based therapy on the quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychological Methods and Models*, 11(40), 151-172. (In Persian).
- Mami, S., Safarnia, A., Tardast, L., & Abbasi, B. (2020). Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy to reducing Alexithymia in women applicant for divorce. *Psychological Studies*, 16(4), 127-142. (In Persian).
- Mirdrikvand, F. (1999). *An investigation of loneliness in relation to academic performance, anxiety, depression, and self-esteem among male middle school students in Poldokhtar County* [Master's thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran].
- Yousefi, N., E'temadi, A., & Bahrami, F. (2008). *Examination of the psychometric indices of the Early Maladaptive Schemas Questionnaire* [Doctoral dissertation, Counseling Department, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan].
- Badoud, D., Rüfenacht, E., Debbané, M., & Perroud, N. (2018). Mentalization-based treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 21(3). doi: 10.4081/ripppo.2018.317.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. OUP Oxford.
- Brusselle, G. G., & Koppelman, G. H. (2022). Biologic therapies for severe asthma. *New England Journal of Medicine*, 386(2), 157-171. DOI: 10.1056/NEJMra2032506.
- Bush, A. (2024). Update in paediatric asthma 2024. *Pediatric Respirology and Critical Care Medicine*, 8(1), 3-10. DOI: 10.4103/prcm.prcm_4_24.
- Caldirolì, A., Capuzzi, E., Riva, I., Russo, S., Clerici, M., Roustayan, C., Abbass, A., & Buoli, M. (2020). Efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy in mood disorders: A critical review. *Journal of affective disorders*, 273, 375-379. DOI: 10.1016/j.jad.2020.04.002.
- Caponnetto, P., Prezzavento, G. C., Casu, M., Polosa, R., & Quattropani, M. C. (2024). Psychological Factors, Digital Health Technologies, and Best Asthma Management as Three Fundamental Components in Modern Care: A Narrative Review. *Applied Sciences*, 14(8), 3365. DOI: 10.3390/app14083365.
- Fiorini, G., Bai, Y., Fonagy, P., Impact Consortium, & Midgley, N. (2024). Short-term psychoanalytic psychotherapy with depressed adolescents: Comparing in-session interactions in good and poor outcome cases. *Psychotherapy Research*, 34(7), 991-1004. DOI: 10.1080/10503307.2023.2270140.
- Hagelquist, J. O., Jensen, C. H., Bloch, M. S., & Rasmussen, H. (2023). A mentalization-based approach to healing children exposed to adverse experiences: Tools for residential care. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 87(1), 83-103. DOI: 10.1521/bumc.2023.87.1.83.
- Hooker, C. I., Verosky, S. C., Germine, L. T., Knight, R. T., & D'Esposito, M. (2008). Mentalizing about emotion and its relationship to empathy. *Social cognitive and affective neuroscience*, 3(3), 204-217. doi:10.1093/scan/nsn019.
- Jain, F. A., & Fonagy, P. (2020). Mentalizing imagery therapy: theory and case series of imagery and mindfulness techniques to understand self and others. *Mindfulness*, 11(1), 153-165. doi:10.1007/s12671-018-0969-1.
- Kluglein, K. A., Lo, D. F., Shamilov, D., & White, C. P. (2024). Community Empowerment and Mentality as a Treatment in Treatment-Resistant Trichotillomania: A Case Report. *Cureus*, 16(9), e70163. DOI: 10.7759/cureus.70163.
- Laurila, M., Lindfors, O., Knekt, P., & Heinonen, E. (2024). The effect of individual short-and long-term psychotherapy on perceived social support: analysis of secondary outcomes of a randomized clinical trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(3), 230-237. DOI: 10.1080/08039488.2024.2306229.
- Lindgaard, T., Persson, L., Thorängen, M., & Rozental, A. (2024). Therapists' experiences of negative effects in intensive short-term dynamic psychotherapy: A qualitative interview study. *Psychotherapy Research*, 1-13. DOI: 10.1080/10503307.2024.2420717.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2nd edition ed.).
- Luyten, P., Malcorps, S., Fonagy, P., & Ensink, K. (2019). Assessment of mentalizing. *Handbook of mentalizing in mental health practice*, 2, 37-62.

- Mahdavi, A., Mosavimoghadam, S. R., Madani, Y., Aghaei, M., & Abedin, M. (2019). Effect of intensive short-term dynamic psychotherapy on emotional expressiveness and defense mechanisms of women with breast cancer. *Archives of Breast Cancer*, 35-41. DOI: [10.32768/abc.2019635-41](https://doi.org/10.32768/abc.2019635-41).
- Mansour, M. M., Moheb, N., & Sharifi, A. (2010). Comparative study of cognitive schemas of asthmatic patients and normal adults. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1746-1750. doi:[10.1016/j.sbspro.2010.07.358](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.358).
- Nazemiyeh, M., Sharifi, A., Shojaan, H., Mohammadi, M., Abdkarimi, S., & Gojazadeh, M. (2018). Early maladaptive schemas and asthma: disconnection and rejection domains may have an effect on the severity of asthma. *Advances in Respiratory Medicine*, 86(6), 299-304. DOI:[10.5603/ARM.a2018.0048](https://doi.org/10.5603/ARM.a2018.0048).
- Paschali, M., Lazaridou, A., Vilsmark, E. S., Lee, J., Berry, M., Grahl, A., Anzolin, A., Loggia, M., Napadow, V., & Edwards, R. R. (2021). The “self” in pain: high levels of schema-enmeshment worsen fibromyalgia impact. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22, 1-9. DOI: [10.1186/s12891-021-04740-5](https://doi.org/10.1186/s12891-021-04740-5).
- Peplau, L. A. (2022). In *Social Problems and Mental Health* (pp. 93-95). Routledge.
- Rocco, D., Calvo, V., Agrosi, V., Bergami, F., Busetto, L. M., Marin, S., Pezzetta, G., Rossi, L., Zuccotti, L., & Abbass, A. (2021). Intensive short-term dynamic psychotherapy provided by novice psychotherapists: effects on symptomatology and psychological structure in patients with anxiety disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 24(1). doi:[10.4081/ripppo.2021.503](https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.503).
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472.
- Stavrou, P.-D. (2019). Outcomes of psychodynamic psychotherapy with incorporated mentalization-focused approaches for children with ADHD and mentalization impairment. *EC Psychology and Psychiatry*, 8(11), 155-179.
- Van Tilburg, T. G. (2021). Social, emotional, and existential loneliness: A test of the multidimensional concept. *The Gerontologist*, 61(7), e335-e344. doi:[10.1093/geront/gnaa082](https://doi.org/10.1093/geront/gnaa082).
- Young, J. E., & Brown, G. (1991). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (rev. ed.)* (J. E. E. Young, Ed. 2nd edition ed.). Professional Resource Press.