

# مدل سازی معادلات ساختاری ذهنی سازی و سازگاری روانی با سرطان: نقش واسطه‌ای تجارب تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به سرطان پستان

## Structural Equation Modeling of Cancer Adaptation and Mentalization: The Mediating Role of Dissociative Experiences in Breast Cancer Patients

Bahareh Sabrirazm, MSc

Mahboubeh Fouladchang Ph.D<sup>✉</sup>

بهاره صبری رزم<sup>۱</sup>  
فاطمه شهامت ده سرخ<sup>۲</sup>

### Abstract

Breast cancer is the second leading cause of cancer death in women. Multiple psychological factors play an important role in mentalization and psychological adjustment to breast cancer. The present study was conducted with the aim of structural equation modeling of psychological adjustment and mentalization with the mediating role of dissociative experiences in breast cancer patients.

**Research Method:** The method of this research was descriptive, correlation and structural equation modeling. The study population included all women with breast cancer referred to Reza Medical Center in Mashhad in the first six months of 1400. Using the convenience sampling method 200 patients with breast cancer were selected from them. In order to collect the research data, Mini-Mental Adjustment to Cancer questionnaire (MINI-MAC), Reflective Function Questionnaire (RFQ), and Dissociative Experiences Scale (DES-II) were used. All research data were used by Pearson correlation coefficient, and LISREL and SPSS statistical software were used for modeling.

The findings showed that there is a significant relationship between mind building and psychological adjustment, between dissociative experiences and psychological adjustment, and between mentalization and dissociative experiences in women with breast cancer, but dissociative experiences did not have a significant mediating role between the two variables.

**Discussion and Conclusion:** Based on research findings, it can be stated that mentalization has a significant effect on psychological adjustment to cancer in patients. To better understand the indirect effects of experiences, psychological adjustment and mentalization, disease progression and length of treatment, as other effective factors, are needed to be considered.

**Keywords:** Breast cancer, dissociation experiences, psychological adjustment, mentalization

### چکیده

سرطان پستان دومین علت مرگ‌ومیر سرطان در زنان را به خود اختصاص می‌دهد. عوامل روان‌شناختی متعدد نقش بسزایی در ذهنی‌سازی و سازگاری روانی با بیماری سرطان پستان ایفا می‌کند. پژوهش حاضر با هدف مدل‌سازی معادلات ساختاری سازگاری روانی و ذهنی‌سازی و نقش واسطه‌ای تجارب تجزیه‌ای در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد. روش این پژوهش توصیفی، همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز درمانی سرطان امام رضا (ع) مشهد در ۶ ماه اول سال ۱۴۰۰ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین آنان ۲۰۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌های پژوهش از فرم کوتاه شده پرسشنامه سازگاری روانی با سرطان (MINI-MAC)، پرسشنامه ذهنی‌سازی (RFQ) و مقیاس تجارب تجزیه‌ای (DES-II) استفاده شد. تجزیه و تحلیل‌های آماری روی داده‌های پژوهش به وسیله ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای آماری LISREL و SPSS صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد بین ذهنی‌سازی و سازگاری روانی، بین تجارب تجزیه‌ای و سازگاری روانی و بین ذهنی‌سازی و تجارب تجزیه‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه معناداری وجود دارد، اما تجارب تجزیه‌ای نقش میانجی معناداری بین دو متغیر نداشته است. براساس یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد که ذهنی‌سازی تأثیر بسزایی در سازگاری روانی با سرطان در بیماران دارد. برای درک بهتر اثر غیرمستقیم تجارب تجزیه‌ای به سازگاری روانی و ذهنی‌سازی ضرورت دارد که مراحل پیشرفته بیماری و طول درمان به عنوان سایر عوامل مؤثر در نظر گرفته شود.

**واژه‌های کلیدی:** سرطان پستان، تجارب تجزیه‌ای، سازگاری روانی، ذهنی‌سازی

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۷/۲۷ تصویب نهایی: ۱۴۰۳/۱۲/۱۸

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خيام، مشهد، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خيام، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)

## ● مقدمه

سرطان پستان در حال حاضر شایع‌ترین سرطان تشخیص داده‌شده در دنیا است. مطابق آخرین آمار جهانی در سال ۲۰۲۰، تخمین زده شد که ۲/۲۶ میلیون مورد سرطان پستان رخ داده است (ویلکینسن و گاتانی، ۲۰۲۲) که دومین علت مرگومیر سرطان در زنان را به خود اختصاص می‌دهد (مارکتی و همکاران، ۲۰۲۲). واژه کلی سرطان به گروهی از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که در آن سلول‌ها به‌طور مداوم و بیش‌ازحد تقسیم می‌شوند و جهش‌های مرتبط با آن کنترل چرخه سلولی را مختل می‌کنند (متیوس و همکاران، ۲۰۲۲). ابتلا به سرطان به‌عنوان یک بیماری مزمن (استتن و همکاران، ۲۰۰۷)، عاملی استرس‌زا و بالقوه آسیب‌زا (traumatic) برای افراد به‌شمار می‌رود (گروورک و همکاران، ۲۰۱۷) و نگاه به زندگی را به‌عنوان فرآیندی منظم و مستمر در فرد به چالش می‌کشد؛ چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به همراه داشته باشد (انتونی و همکاران، ۲۰۱۹).

پیامدهای روانی و اجتماعی مهمی که بیماری‌های مزمن برای افراد به همراه دارند، نیاز به سازگاری روانی (psychological adaption) قابل‌توجهی دارد (استتن و همکاران، ۲۰۰۷). درواقع، سازگاری دارای طیفی گسترده و جنبه‌های متعددی است (حسینی و همکاران، ۱۳۹۶) و سازگاری روانی به احساس ذهنی فرد در مورد پریشانی و میزان عملکرد وی تحت آن شرایط در زندگی روزمره اشاره دارد (کروز و همکاران، ۲۰۲۰؛ پیترسن و همکاران، ۲۰۱۵). در این فرایند روان‌شناختی به‌عنوان یکی از روش‌های مواجهه با هیجانات (زاهد و همکاران، ۱۴۰۱)، فرد با خواسته‌ها و چالش‌های موجود در زندگی مقابله می‌کند و یا آنها را به کنترل خود درمی‌آورد (انتونی و همکاران، ۲۰۱۹). این ویژگی برای کاهش اضطراب مفید بوده (کاوه‌فارسانی و همکاران، ۱۴۰۲)، برای دستیابی به سلامت روانی بهتر ضروری است و موجب می‌شود افراد دارای سطوح بالاتری از آن، توانایی بهتری برای عملکرد مثبت در زندگی روزمره داشته باشند (یلدرام و سولمز، ۲۰۲۱). زمانی می‌توان گفت فرد از سازگاری روانی مطلوبی برخوردار است که در پاسخ به محرک‌های پیش‌رو، بهترین واکنش را نشان دهد؛ در نتیجه می‌تواند به میزان کافی فعالیت کند، از اضطراب و تعارض دوری جوید، با مشکلات مقابله کند، در مورد آنها بیندیشد، تصمیم بگیرد، عمل کند و از زندگی لذت ببرد (دومن و همکاران، ۲۰۲۱).

از این اصطلاح برای اشاره به فرآیندهای روانی در پاسخ به بیماری مزمن و درمان مرتبط با آن استفاده می‌شود (دکر و دگروت، ۲۰۱۸). بدین‌صورت که بیمارانی که سازگاری روانی در آنها به‌خوبی بروز می‌یابد، به‌طور مداومی متعهد و فعالانه درگیر فرایند مقابله با سرطان مانده و به دنبال یافتن معنا و اهمیت زندگی خود هستند و آنان که به‌خوبی سازگاری نمی‌یابند، اغلب تنها و منزوی شده و احساس ناامیدی می‌کنند (بوردر، ۲۰۲۲). در راستای عوامل مؤثر بر این مفهوم، بالسی و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود به ارتباط قوی میان ظرفیت ذهنی‌سازی (mentalization) و چندین شاخص روان‌شناختی سلامت روانی و سازگاری پی بردند و از این رو می‌توان گفت یکی از عوامل روان‌شناختی مؤثر بر مدیریت سرطان و سازگاری با بیماری در دهه گذشته، ذهنی‌سازی شناخته شده است (شاو و همکاران، ۲۰۲۰). به‌گونه‌ای که ذهنی‌سازی می‌تواند در ارتباط با تاب‌آوری (resilience) و بهزیستی به سلامت روانی کمک کند (بالسی و همکاران، ۲۰۱۸).

به اعتقاد فوناگی و همکاران (۲۰۱۸)، بین تجارب آسیب‌زا با ظرفیت ذهنی‌سازی رابطه نیرومندی وجود دارد. ذهنی‌سازی یک ظرفیت شناختی مرتبه بالاتر است که به افراد این امکان را می‌دهد تا آنچه در ذهن خود و دیگران آشکار می‌شود درک کنند (فوناگی و بیتمن، ۲۰۱۶). بنابراین، این مفهوم دربرگیرنده ظرفیت تشخیص حالات ذهنی همچون احساسات، آرزوها و افکار است که زیربنای رفتار انسان را تشکیل می‌دهد (بالسی و همکاران، ۲۰۱۸) و نیز عاملی محافظت‌کننده در برابر اختلال‌های روانی به‌شمار می‌رود (هیدن و همکاران، ۲۰۲۱). البته ظرفیت ذهنی‌سازی از رنج کشیدن و بروز آسیب‌های روانی جلوگیری نمی‌کند، اما می‌تواند عاملی کلیدی برای سازگاری، عملکرد روان‌شناختی و حتی بهزیستی باشد (هیدن و همکاران، ۲۰۲۱).

ذهنی‌سازی توانایی مهمی برای کنشوری‌های اجتماعی روزمره است و آسیب به آن می‌تواند به اختلال‌های شدید روانی منجر شود (والتر و مانک، ۲۰۱۵). به‌گونه‌ای که مهار ذهنی‌سازی، به روی کار آمدن و افزایش تجارب تجزیه‌ای (dissociative experiences)

می‌انجامد؛ چراکه این عامل، تنها راهکار موجود برای مقابله با پریشانی‌های رخ داده در آن موقعیت است (انسینک و همکاران، ۲۰۱۷). افرادی که از تجارب تجزیه‌ای شدید رنج می‌برند در ذهنی‌سازی و تنظیم عواطف مشکل دارند و همچنین ممکن است در روابط نزدیک احساس ناراحتی کنند؛ زیرا دیدگاه منفی نسبت به خود دارند (شمیتی، ۲۰۱۶). تجارب تجزیه‌ای به‌عنوان فقدان یکپارچگی در افکار، احساس‌ها، تجارب خودآگاه و حافظه فرد تعریف می‌شود (یاماساکی و همکاران، ۲۰۱۶) و دربرگیرنده حالتی است که به‌صورت مزاحمت‌های ناخوانده در آگاهی و رفتار، همراه با فقدان تداوم در تجربه ذهنی (نشانه‌های تجزیه‌ای مثبت مانند تجزیه هویت، مسخ شخصیت و مسخ واقعیت) و یا ناتوانی در دسترسی به اطلاعات یا کنترل نمودن کارکردهای ذهنی که معمولاً به‌راحتی پذیرای دسترسی یا کنترل هستند (نشانه‌های تجزیه‌ای منفی مانند یادزدودگی)، تجربه می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲).

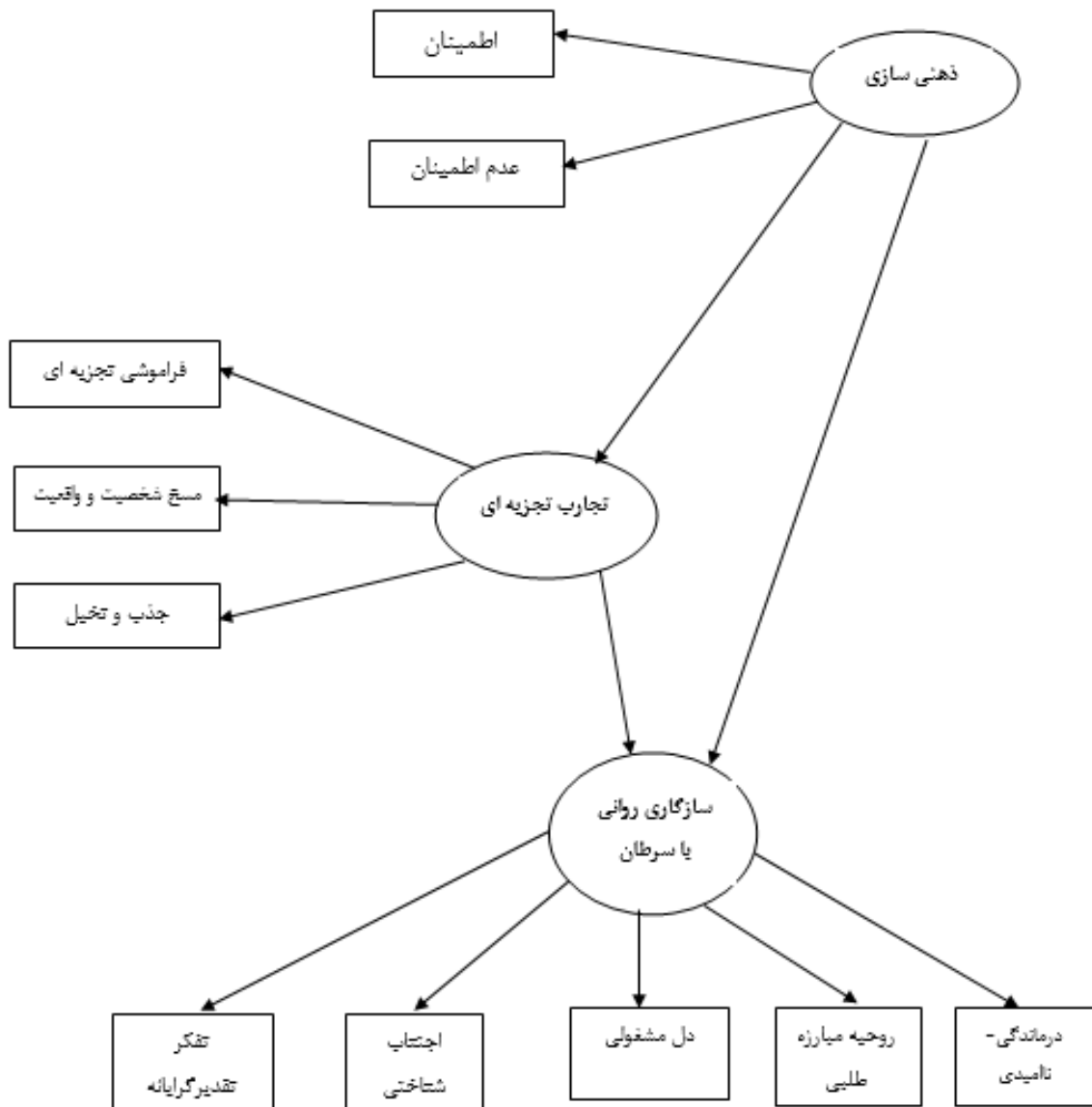
براساس یافته‌های حاصل از مطالعه گیبسن و همکاران (۲۰۱۹)، مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا تجارب تجزیه‌ای را افزایش می‌دهد. به‌عبارتی، محققان معتقدند مواجهه شدن با رویدادهای آسیب‌زای زندگی با منجر شدن به تجارب تجزیه‌ای از جمله گسست از واقعیت، باعث می‌شود تا شخصیت فرد به بخش‌های متمرکز بر آسیب و بخش‌های مبتنی بر کارکرد فعلی قطعه‌قطعه شود. تصور می‌شود که این نسخه‌های منشعب از خود (self) با هم در تضاد هستند؛ چراکه نسخه متمرکز بر آسیب برای فرد غیرمعمول و ناآشنا بوده و موجب تفسیرهای شبه سایکوتیک یا تجربیات مزاحم می‌شود (مورگان و گیر-اندرسن، ۲۰۱۶). بدین ترتیب و جود تجارب تجزیه‌ای به افراد کمک می‌کند تا به‌طور موقت از پریشانی عاطفی اجتناب کنند و همچنین، از آنها در برابر محرک‌های بیش‌ازحد یا طاقت‌فرسا نیز محافظت می‌کند (برامبر، ۲۰۱۳).

فرایندهای تجزیه‌ای مواردی اصلی در واکنش به تروما هستند. در این راستا، ارتباط میان ذهنی‌سازی تجارب آسیب‌زا و تجزیه به‌صورتی است که فرایندهای تجزیه‌ای، هماهنگی طبیعی موجود بین سیستم‌های شناختی، عاطفی و حافظه را در هم می‌شکند. در نتیجه، این سیستم‌های موازی غیر یکپارچه شده، می‌توانند در حالی ظاهر شوند که تجربه به قسمت‌های مجزایی تقسیم شده و هویت از هم گسسته است (کاردنیا و کارلسن، ۲۰۱۱). ازسویی، تجزیه پدیده‌ای رایج در طیف گسترده‌ای از اختلال‌های روان‌پزشکی است و مضامینی را در جهت طرح‌ریزی درمان برای افراد مبتلا به اختلال و فاقد سازگاری روانی پی‌ریزی می‌کند (پین و همکاران، ۲۰۱۹؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۸). ازسویی دیگر، فرایند تجزیه برای اجتناب از عواطف و خاطرات مرتبط با آسیب به کار می‌رود و ممکن است تحت تأثیر علائم ذهنی‌سازی قرار گیرد (انسینک و همکاران، ۲۰۱۵).

براساس مطالب ذکر شده، توانایی سازگاری روانی در جهت پیگیری روند درمان بیماری سرطان امری ضروری به‌نظر می‌رسد. با توجه به اینکه سرطان می‌تواند عاملی تروماتیک و آسیب‌زا برای افراد مبتلا باشد، در این شرایط ممکن است تجارب تجزیه‌ای در انسان‌ها افزایش پیدا کند. نظر به این‌که ماهیت فرایند ذهنی‌سازی با روی کار آمدن تجارب تجزیه‌ای در تضاد است، این پژوهش درصدد آن است تا بررسی نماید آیا قابلیت ذهنی‌سازی از طریق اثر بر تجارب تجزیه‌ای، می‌تواند بر توانایی سازگاری روانی در افراد مبتلا به سرطان پستان تأثیرگذار باشد؟ لذا هدف پژوهش پیش رو، بررسی نقش واسطه‌ای تجارب تجزیه‌ای در ارتباط با سازگاری روانی و ذهنی‌سازی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود که برای بررسی آن، مدل پیشنهادی اولیه به‌صورت مندرج در شکل ۱ ترسیم شد:

## • روش

نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان در شهر مشهد بود که در شش‌ماهه اول سال ۱۴۰۰ به مرکز درمانی و آنکولوژی رضا مراجعه کرده، تشخیص سرطان گرفته و درحال گذراندن مراحل درمان‌های شیمی‌درمانی و رادیوتراپی بودند. برای اجرای پژوهش حاضر، پس از اخذ مجوز از دانشگاه خيام، هماهنگی با مسئولین مرکز درمانی رضا (ع) و دریافت نامه جهت مراجعه به کلینیک‌ها و بخش‌ها، برای اجرای پژوهش موافقت شد. سپس، مراجعه به این بخش‌ها صورت گرفت و با توضیح فرآیند پژوهش، پرسشنامه‌های پژوهش به تمام زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان داده شد تا تکمیل نمایند. ملاک ورود به پژوهش، داشتن جنسیت زن و دریافت تشخیص ابتلا به سرطان پستان و در حال درمان بودن در یکی از مراحل شیمی‌درمانی و رادیوتراپی در شش ماهه اول سال ۱۴۰۰ بود. شایان ذکر است، شرکت‌کننده‌ها به‌صورت فردی و با رضایت آگاهانه به پرسشنامه‌ها پاسخ می‌دادند. درنهایت، تجزیه و تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 و LISREL 8.80 صورت گرفت.



شکل ۱. مدل پیشنهادی

## ابزارها

**الف) پرسشنامه ذهنی سازی (reflective function questionnaire- RFQ):** این پرسشنامه خودگزارش دهی دارای ۱۴ ماده است که سطح اطمینان (RFQS) و نبود اطمینان (RFQU) را بر طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» در مورد حالات روانی اندازه‌گیری می‌کند. همسانی درونی زیرمقیاس اطمینان (Certainty) و نبود اطمینان (Uncertainty) توسط فونانگی و همکاران (۲۰۱۶) به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۶۵ به دست آمده و نتایج تحلیل عاملی نیز در جامعه ایرانی دو عامل اطمینان و نبود اطمینان را نشان داده است. روایی و اعتبار آن با روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس اطمینان ۰/۸۸ و نبود اطمینان ۰/۶۶ گزارش شده است (دروگر و همکاران، ۱۳۹۹).

**ب) مقیاس تجارب تجزیه‌ای (dissociative experiences scale- DES-II):** این مقیاس توسط برنستاین و پاتنام (۱۹۸۶) ساخته شده و با ۲۸ ماده در ابعاد فراموشی تجزیه‌ای، مسخ شخصیت و واقعیت، جذب و تخیل، میزان تجارب تجزیه‌ای را می‌سنجد. در نسخه تجدیدنظر شده آن از پاسخ‌دهنده‌ها خواسته می‌شود درصد زمانی که میزان هر تجربه را در زندگی روزانه بهتر منعکس می‌کند، مشخص نمایند و در نهایت میانگین پاسخ‌های آزمودنی‌ها به ماده‌ها به‌عنوان نمره کلی در نظر گرفته می‌شود. در ایران در پژوهش کارگربرزی و همکاران (۱۳۹۷)، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس تجارب تجزیه‌ای ۰/۹۲ به دست آمده است که گویای همسانی درونی این مقیاس است.

ج) مقیاس سازگاری روانی با سرطان (mini-mental adjustment to cancer- Mini-MAC): این مقیاس توسط واتسون و همکاران (۱۹۸۸) تدوین شده است و دارای ۲۹ ماده با ۵ خرده‌مقیاس شامل درماندگی - ناامیدی، روحیه مبارزه‌طلبی، دل‌مشغولی، اجتناب شناختی، تفکر تقدیرگرایانه است که در یک مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۱ «قطعاً در مورد من صدق نمی‌کند» تا ۴ «قطعاً در مورد من صدق می‌کند» نمره‌گذاری می‌شود. روایی این آزمون توسط واتسون و همکاران (۱۹۸۸) بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. در ایران اعتبار و روایی آن توسط پاتو و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های درماندگی - ناامیدی ۰/۹۴، اجتناب شناختی ۰/۷۶، دل‌مشغولی ۰/۹۰، تقدیرگرایی ۰/۷۷ و روحیه مبارزه‌طلبی ۰/۸۰ گزارش شده است (فتح‌الهی انویق و همکاران، ۱۳۹۹).

## • یافته‌ها

در این پژوهش میزان خطا برای تحلیل‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش

شاخص‌های توصیفی		متغیر
انحراف معیار	میانگین	
		ذهنی‌سازی
۳/۰۱	۵۵/۹۱	اطمینان
۱/۴۹	۳۰/۸۲	نبود اطمینان
۲۳/۹۸	۱۱۷/۶۳	تجارب تجزیه‌ای
۱۳/۷۲	۴۱/۶۷	فراموشی تجزیه‌ای
۵/۹۲	۲۰/۰۶	مسخ شخصیت و واقعیت
۱۰/۳۹	۵۵/۸۹	جذب و تخیل
		سازگاری روانی با سرطان
۲/۱۲	۲۷/۲۵	درماندگی - ناامیدی
۱/۳۲	۱۱/۸۰	روحیه مبارزه‌طلبی
۱/۶۹	۲۴/۴۴	دل‌مشغولی
۱/۲۶	۱۲/۲۸	اجتناب شناختی
۱/۷۲	۱۳/۵۷	تفکر تقدیرگرایانه

برای بررسی روابط میان متغیرها از ضرایب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن مقادیر عددی معنادار را بین ۰/۱۴ تا ۰/۳۶ نشان داد. این نتایج همچنین حاکی از روابط مثبت و معنادار بین مؤلفه اطمینان از متغیر ذهنی‌سازی با مؤلفه‌های درماندگی - ناامیدی و تفکر تقدیرگرایانه، بین مؤلفه نبود اطمینان با مؤلفه تفکر تقدیرگرایانه، بین مؤلفه فراموشی تجزیه‌ای و نیز نمره کل تجارب تجزیه‌ای با مؤلفه‌های درماندگی - ناامیدی، دل‌مشغولی و تفکر تقدیرگرایانه، بین هر دو مؤلفه اطمینان و نبود اطمینان با مؤلفه‌های فراموشی تجزیه‌ای و جذب و تخیل و نمره کل تجارب تجزیه‌ای بود ( $p < 0/05$ ). به علاوه، بین مؤلفه‌های اطمینان و نبود اطمینان با مؤلفه اجتناب شناختی و همچنین بین مؤلفه فراموشی تجزیه‌ای با اجتناب شناختی رابطه منفی و معنادار مشاهده شد ( $p < 0/05$ ).

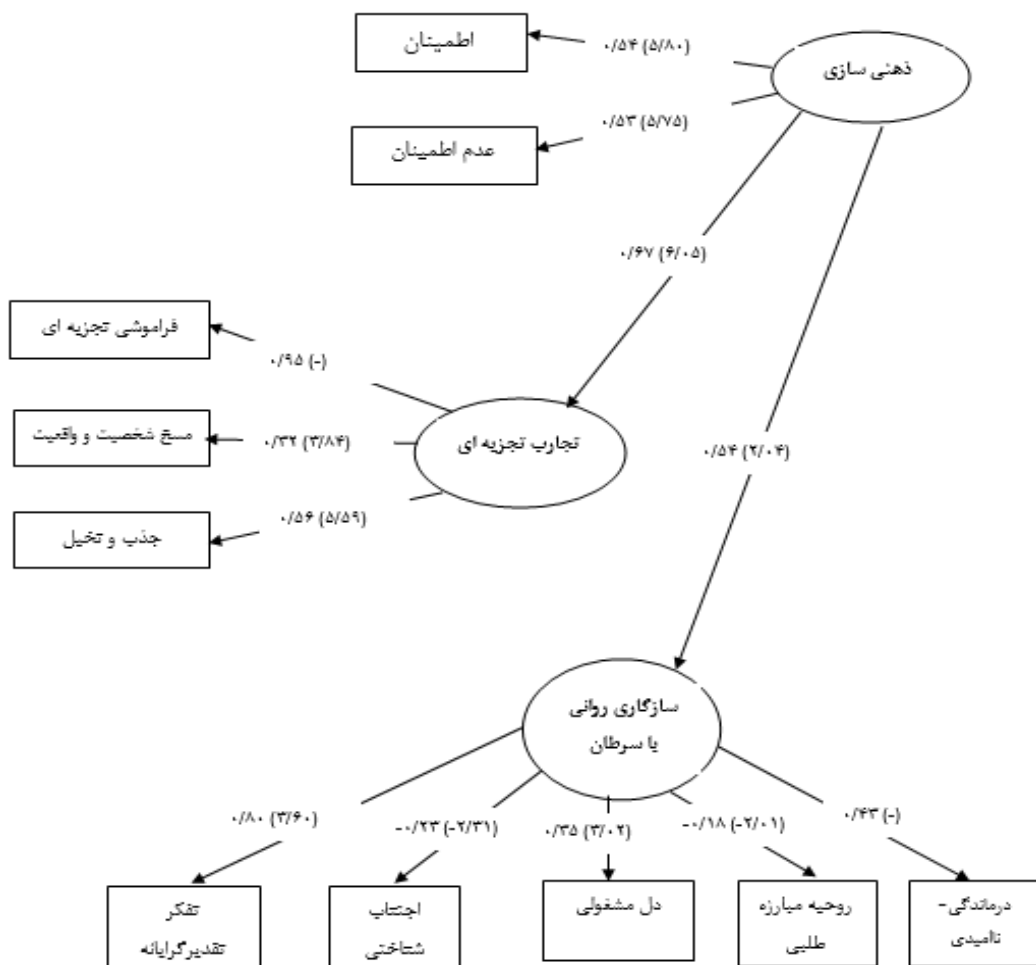
برای پاسخ به سؤال پژوهش و بررسی نقش میانجی تجارب تجزیه‌ای در رابطه ذهنی‌سازی و سازگاری روانی با سرطان در زنان مبتلا به سرطان پستان، مدل پیشنهادی اولیه ترسیم و برای آزمون آن از روش مدلیابی معادلات ساختاری استفاده شد. در این مدل سه متغیر ذهنی‌سازی، تجارب تجزیه‌ای و سازگاری روانی با سرطان به‌عنوان متغیرهای پنهان و مؤلفه‌های این سه متغیر به‌عنوان متغیرهای آشکار وارد مدل شدند. پیش از بررسی برازش مدل، ابتدا مفروضه‌های مهم معادلات ساختاری بررسی شدند. در بررسی مفروضه نرمال بودن متغیرهای آشکار، مقادیر کجی در دامنه قدر مطلق ۰/۰۴ تا ۰/۵۳ و کشیدگی در دامنه قدر مطلق ۰/۱۵ تا ۱/۵۹ قرار داشت که حاکی از برقراری این مفروضه است. بررسی مفروضه نبود هم‌خطی چندگانه با استفاده از عامل تورم واریانس و شاخص تحمل صورت گرفت و نتایج آن نشان داد مقادیر عامل تورم واریانس کمتر از ۱۰ و مقادیر شاخص تحمل بین صفر و یک قرار داشت، در نتیجه این مفروضه نیز رعایت شده است.

پس از برقراری مفروضه‌ها، برازش مدل پیشنهادی اولیه بررسی شد که شاخص‌های برازش کلی آن حاکی از نبود برازش این مدل بود ( $\chi^2/df = 4/22$ ,  $RSMEA = 0/12$ ,  $GFI = 0/88$ ,  $AGFI = 0/79$ ,  $CFI = 0/69$ ). از این رو، پس از حذف مسیر غیرمعنادار متغیر میانجی به متغیر درون‌زا، مجدداً برازش مدل بررسی شد که شاخص‌های آن در جدول ۲ قابل مشاهده است:

جدول ۲. شاخص‌های کلی برازش مدل

مقدار	دامنه قابل پذیرش	شاخص برازندگی
۳۴/۰۲	-	خی‌دو ( $\chi^2$ )
۱۲/۲	< ۳	نسبت خی‌دو به درجه‌آزادی
۰/۹۴	> ۹۰	شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)
۰/۹۵	> ۹۰	شاخص برازندگی فزاینده (IFI)
۰/۹۷	> ۹۰	شاخص نیکویی برازش (GFI)
۰/۰۷	< ۰/۰۸	ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)
۰/۰۴	< ۰/۰۸	ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده (SRMR)

برای اینکه مدل از برازش مطلوبی برخوردار باشد، نیاز است تا شاخص‌های فوق استاندارد‌های لازم را داشته باشند. بدین صورت که برای شاخص نسبت کای اسکوئر به درجه‌آزادی ( $\chi^2/df$ ) مقادیر کمتر از ۳ بیان‌گر برازش خوب مدل، برای شاخص‌های CFI و IFI مقادیر بالای ۰/۹۰ نشان‌دهنده پذیرش مدل و مقادیر بالای ۰/۹۵ نشان از برازش خوب مدل است. به علاوه، برای برازش مطلوب مدل مقدار RMSEA باید کمتر از ۰/۱ و بهتر است کمتر از ۰/۰۸ و مقدار SRMR بهتر است کمتر از ۰/۰۸ باشد (کلاین، ۲۰۱۵). براساس نتایج مندرج در جدول ۲، تمام شاخص‌های برازش مدل ساختاری در محدوده قابل پذیرش قرار دارند و مدل نهایی پژوهش مورد تأیید است. در شکل ۲ مدل اصلاح‌شده و تأییدشده نهایی پژوهش به همراه ضرایب مسیر استانداردشده و مقادیر  $t$  مربوط به آن ارائه شده است.



شکل ۲. مدل اصلاح‌شده و تأییدشده پژوهش به همراه ضرایب مسیر استانداردشده و مقادیر  $t$  (داخل پرانتز)

بر اساس این مدل، مسیر مستقیم ذهنی سازی به تجارب تجزیه‌ای معنادار است ( $\beta=0/67, t=6/05$ ). همچنین مسیر مستقیم ذهنی سازی به سازگاری روانی با سرطان نیز معنادار است ( $\beta=0/54, t=2/04$ ). این در حالی است که مسیر تجارب تجزیه‌ای به سازگاری روانی با سرطان که غیر معنادار بود، حذف شده است. بنابراین، در مجموع می‌توان گفت بر اساس مدل تأیید شده نهایی، اثر غیر مستقیم ذهنی سازی به سازگاری روانی با سرطان از طریق تجارب تجزیه‌ای تأیید نشده و تجارب تجزیه‌ای نقش میانجی معناداری برای رابطه این دو متغیر نداشته است.

## • بحث

بررسی مدل تأیید شده نهایی نشان داد که اثر غیر مستقیم ذهنی سازی به سازگاری روانی با سرطان از طریق تجارب تجزیه‌ای تأیید نشده است و به عبارتی تجارب تجزیه‌ای نقش میانجی معناداری برای رابطه میان این دو متغیر ندارد. در شرایط آسیب‌زا (تروماتیک) مانند ابتلا به سرطان، فرد ناگزیر است به عنوان یک واکنش دفاعی (نایچه‌اوس و ون در هارت، ۲۰۱۱) به سراغ تجزیه رود. از سویی نیز، قابلیت ذهنی سازی برای ایجاد حس خود و هویت امری ضروری است (انسینک و همکاران، ۲۰۱۵) و این احساس از خود یک عامل مهم تاب‌آوری در زمینه آسیب خواهد بود. به صورتی که در شرایط آسیب‌ناپذیر ذهنی سازی می‌تواند در راستای آگاهی از تجارب تجزیه‌ای، تاحدی آن‌ها را قابل تحمل کند (انسینک و همکاران، ۲۰۱۵). لذا، می‌توان این امر را بدین صورت تبیین نمود که با توجه به نقشی که ذهنی سازی در یکپارچه کردن سیگنال‌های درونی فرد (نیوستدر و همکاران، ۲۰۲۱)، از طریق اثر بر تجارب تجزیه‌ای دارد، می‌تواند برای سازگاری روانی فرد مؤثر باشد. از آنجایی که در فرایند تجزیه ابتدا این جداسازی به گونه‌ای عمل می‌کند که خاطرات و عواطف آسیب‌زا موجب اختلال در عملکرد نشوند (فوا و هرست-اکیدا، ۱۹۹۶) اما در درازمدت بسیار ناکارآمد می‌شود (انسینک و همکاران، ۲۰۱۵)، می‌توان این گونه استدلال کرد که احتمالاً وجود سطحی از تجارب تجزیه‌ای در فرد برای کنار آمدن با شرایط آسیب‌زا و سازگاری روانی بیماری کمک‌کننده باشد و ممکن است نبود تأیید مدل میانجی در قالب یک رابطه خطی بین تجارب تجزیه‌ای به عنوان میانجی را توجیه کند. باتلر (۲۰۰۶) از مفهوم طیف‌گونه تجزیه برای حالات غیر پاتولوژیکی صحبت می‌کند و معتقد است این حالت طیف‌گونه در اختلالات جدی تجزیه با علائم مسخ شخصیت و واقعیت معنا خود را از دست می‌دهد. از آنجاکه در این پژوهش نیز ما با حالات تجزیه نه به عنوان یک اختلال جدی مواجه هستیم، می‌توان گفت ممکن است سطحی از تجارب تجزیه‌ای خصوصاً در بُعد جذب و تخیل بتواند به سازگاری روانی فرد کمک کند. اما افزایش سطوح آن اثر معکوس دارد و این رابطه غیرخطی در قالب تعریف شده در این مطالعه قابل دستیابی نیست.

کارکرد انعکاسی عاملی مهم برای سازگاری به‌شمار می‌رود (بالسپی و همکاران، ۲۰۱۸) و مسیر مستقیم معنادار از ظرفیت ذهنی سازی به سازگاری تأییدکننده این مسئله است. در این راستا نتایج نشان داد مؤلفه اطمینان از متغیر ذهنی سازی با مؤلفه‌های درماندگی - ناامیدی و تفکر تقدیرگرایانه رابطه مثبت معنادار دارد. اطمینان بیش از حد فرد را در شرایط مواجهه با تروما دچار درماندگی و تفکرهای سحری می‌کند و بر اساس آنچه نتایج نشان می‌دهند مانع از اجتناب شناختی می‌شود. این یافته با نتایج کروز و همکاران (۲۰۲۰)، گو و همکاران (۲۰۱۵)، انسینک و همکاران (۲۰۱۵)، استروس و همکاران (۲۰۱۳)، برونفر و همکاران (۲۰۰۹)، همسو است. در تبیین آن می‌توان به نظریه فولکمن و لازاروس (۱۹۸۰)، اشاره نمود که سازگاری روانی را به عنوان پاسخ‌های شناختی و رفتاری که بیمار نسبت به تشخیص سرطان انجام می‌دهد، تعریف می‌کنند. سازگاری ضعیف می‌تواند میزان بهبودی بیماری را کاهش دهد (هالفورد و براون، ۲۰۰۹). در نتیجه، سازگاری روانی بهتر افراد مبتلا را توانمند می‌سازد تا به‌طور مؤثری به فعالیت‌های مرتبط با درمان بپردازند و با دستیابی به سلامت روانی بهتر، کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. از سویی، ظرفیت ذهنی سازی کمتر با سلامت روانی پایین در ارتباط است (کاتزنلسن، ۲۰۱۴) و از سویی دیگر، بر اساس پژوهش چیشلک و همکاران (۲۰۲۲) بر بیماران مبتلا به سرطان سینه، ذهنی سازی پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی و سازگاری روانی با بیماری است.

سبک اطمینان با بیش از حد مطمئن ساختن فرد از دیدگاهش به دنیا، احساس نیاز به ذهنی سازی ذهن دیگران را از بین می‌برد (فوناگی ۲۰۰۶). این سبک که به عنوان هایپرمتالیزیشن شناخته می‌شود، سبب می‌شود بین واقعیت بیرونی و درونی رابطه‌ای نباشد و ذهنیت افراد از واقعیت بیرونی فاصله زیادی بگیرد. گفته می‌شود افراد دچار این سبک اغلب در مواجهه با تروما احساس بی‌معنایی، خالی بودن و

تجزیه می‌کند و گفتگوی آنها فاقد مؤلفه‌های هیجانی است (لویتن و فوناگی، ۲۰۱۵).

همچنین، مؤلفه نبود اطمینان از متغیر ذهنی‌سازی با مؤلفه‌های اجتناب شناختی و تفکر تقدیرگرایانه از متغیر سازگاری روانی با سرطان رابطه معناداری داشت. این روابط برای متغیر نبود اطمینان با اجتناب شناختی، منفی و برای تفکر تقدیرگرایانه، مثبت بود. به این معنا که هرچه افراد نبود اطمینان بیشتری نسبت به حالات ذهنی خود داشته‌اند، اجتناب شناختی آنان به‌طور معناداری کمتر و تفکر تقدیرگرایانه آنان به‌طور معناداری بیشتر بوده است. سبک نبود اطمینان ذهنی‌سازی مانع از کارکرد انعکاسی کافی شده و به موجب عینی‌شدن (Concrete) و شیوه غیرمنعطف (Rigid) ذهنی‌سازی، فرد را ناتوان در فهم ذهن دیگران و خود می‌سازد (فوناگی، ۲۰۰۶). این سبک به‌عنوان هیپومناتالیزیشن شناخته می‌شود که افراد در آن معمولاً از تلاش در ذهنی‌سازی خودداری می‌کنند (هندلند و کریستینسن، ۲۰۱۷). نتایج این مطالعه نشان داد که نمرات بالا در مؤلفه اطمینان و نبود اطمینان با افزایش گرایش به تفکر تقدیرگرایانه در فرد و کاهش اجتناب شناختی، سازگاری روانی فرد را با شرایط سرطان تحت تأثیر قرار می‌دهد.

افرادی که تجارب تجزیه‌ای شدیدی را متحمل می‌شوند، مشکلاتی در ذهنی‌سازی دارند (شمندی، ۲۰۱۶). نتایج ضرایب همبستگی پیرسون در این رابطه نشان داد مؤلفه اطمینان از متغیر ذهنی‌سازی با نمره کل تجارب تجزیه‌ای و دو مؤلفه آن یعنی فراموشی تجزیه‌ای و جذب و تخیل رابطه مثبت معناداری دارد. به این معنا که هرچه افراد به میزان بیشتری از حالت‌های ذهنی خود اطمینان داشته‌اند، نمرات کل تجارب تجزیه‌ای و همچنین فراموشی تجزیه‌ای و جذب و تخیل آنان نیز به‌طور معناداری بیشتر بوده است. همچنین، مؤلفه نبود اطمینان نیز با نمره کل تجارب تجزیه‌ای و دو مؤلفه آن یعنی فراموشی تجزیه‌ای و جذب و تخیل رابطه مثبت معناداری داشت. هرچه افراد نبود اطمینان بیشتری نسبت به حالات ذهنی خود داشته‌اند، نمرات کل تجارب تجزیه‌ای و همچنین فراموشی تجزیه‌ای و جذب و تخیل آنان نیز به‌طور معناداری بیشتر بوده است. این یافته با نتایج مطالعات انسیک و همکاران (۲۰۱۷)؛ شمندی (۲۰۱۶) و شارپ (۲۰۰۶) هم‌خوانی دارد. در تبیین آن می‌توان گفت ازسویی، داشتن تنش‌های مداوم باعث ایجاد تجارب تجزیه‌ای در مقابل شرایط تنش‌زا (شن و همکاران، ۲۰۱۹) و آسیب‌پذیری شدید در برابر این وقایع و مشکلات بین فردی می‌شود (شوگ و همکاران، ۲۰۱۹). ازسوی دیگر، ظرفیت ذهنی‌سازی بهتر، احتمال تجارب تجزیه‌ای را کاهش می‌دهد (انسینک و همکاران، ۲۰۱۵). باوجود اینکه شیوع اختلالات تجزیه‌ای در طول عمر جمعیت عادی بین ۱ تا ۲ درصد گزارش شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲)، حدود نیمی از بزرگسالان در طول عمر حداقل یک‌بار تجربه تجزیه‌ای را به‌طور گذرا از سر می‌گذرانند (سافر-دودک، ۲۰۱۴). این مسئله و معناداری رابطه دو مؤلفه اطمینان و نبود اطمینان با مؤلفه‌های جذب و تخیل در تجارب تجزیه‌ای در این پژوهش مهر تأییدی است بر نتیجه‌گیری براون (۲۰۰۸)؛ که معتقد است بُعد غیرپاتولوژیک تجزیه با شاخص‌های جذب و تخیل از مؤلفه‌های مسخ شخصیت و واقعیت جدا هستند.

## • نتیجه‌گیری

درمجموع، باتوجه به نتایج حاصل از این مطالعه، یعنی معنادار نشدن نقش میانجی تجارب تجزیه‌ای، ازسویی نظر به این امر که سطحی از تجارب تجزیه‌ای می‌تواند در سازگاری فرد با شرایط آسیب‌زا کمک‌کننده باشد (انسینک و همکاران، ۲۰۱۵)؛ و ازسویی دیگر نیز باتوجه به اینکه نوع تجارب تجزیه‌ای که فرد آن را تجربه می‌کند هم عاملی مهم است که می‌تواند مورد توجه قرار گیرد (براون، ۲۰۰۸)، می‌توان یافته به‌دست‌آمده را تبیین نمود. ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، تجارب تجزیه‌ای با درنظر گرفتن موارد فوق مورد بررسی قرار گیرد.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود از جمله: ۱. احتمال نبود پاسخگویی واقعی و صادق نبودن پاسخگویان. ۲. گذشت زمان ممکن است نتایج پژوهش را تغییر دهد زیرا که نتایج پژوهش مربوط به یک دوره زمانی خاص است. ۳. طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود و بنابراین استنباط روابط علی بین متغیرها بر مبنای احتمال است و ممکن است متغیرهای مداخله‌گری همچون مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این موارد درنظر گرفته شود: ۱. توجه به عوامل روانشناختی مثل امید، خوشبینی و اطمینان، تاب‌آوری و خودکارآمدی در کنار درمان‌های پزشکی و نیز تدوین



مداخله‌هایی به منظور ارتقاء این عوامل می‌تواند به بهبود سازگاری این بیماران کمک کند. ۲. انجام این پژوهش در سایر شهرها و در رابطه با سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن.

## • تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

## • تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر با کمک و همکاری مرکز تحقیقاتی و درمانی سرطان امام رضا<sup>(ع)</sup> شهر مشهد انجام گردید و بدین وسیله از همکاری صمیمانه معاونت این مرکز و کلیه شرکت‌کنندگان کمال تشکر را داریم.

## • منابع

حسینی، سید رحمان؛ اژه‌ای، جواد؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ و خلیلی، شیوا. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب و واقعیت‌درمانگری بر افزایش سازگاری اجتماعی و خود-تنظیمی در نوجوانان. *مجله روان‌شناسی*، ۲(۲۱)، ۱۱۸-۱۳۲.

زاهد، سعیده؛ نژادحمیدی، ندا؛ عربزاده، مهدی؛ رحیمی، ریحانه؛ و چراغی، فرشته. (۱۴۰۱). تأثیر آموزش مدیریت اضطراب امتحان بر ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و تاب‌آوری در دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان. *مجله روان‌شناسی*، ۴(۲۶)، ۳۸۶-۳۹۵.

فتح‌الهی‌انویق، محرم؛ خادمی، علی؛ اعتمادی‌نیا، مهین؛ و شاکر دولق، علی. (۱۳۹۹). مدل‌یابی سازگاری روانی زنان با سرطان براساس تأثیر علی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با در نظر گرفتن نقش سبک‌های اسناد علی به‌عنوان متغیر واسطه‌ای. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۳۱(۱۱)، ۸۲۳-۸۳۵.

کارگربرزی، حمید؛ کربلایی محمدمیگونی، احمد؛ برماس، حامد؛ و تقی‌لو، صادق. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تجارب تجزیه‌ای و همبستگی آن با افکار خودکشی و صفات بیمارگون شخصیت در بیماران افسرده. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۹(۳۴)، ۱۱۵-۱۳۱.

کاوه‌فارسانی، ذبیح‌الله؛ نظری‌فر، محسن؛ و محمودی نجف‌آبادی، فاطمه. (۱۴۰۲). ارزیابی الگوی رابطه بین ذهن‌آگاهی و کیفیت رابطه زناشویی با میانجی‌گری باورهای لذت‌بری و قدردانی. *مجله روان‌شناسی*، ۱(۲۷)، ۱-۹.

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Antoni, M. H., Diaz, A., Taub, C., Fisher, H., Carver, C. S., Lippman, M., Hudson, B., & Blomberg, B. B. (2019). Abstract # 2061 Brief stress management interventions after surgery improve psychological adaptation and immune cell signaling in breast cancer patients. *Brain, Behavior, and Immunity*, 76, e6. <https://doi.org/10.1016/J.BBI.2018.11.189>
- Ballespi, S., Vives, J., Debbané, M., Sharp, C., & Barrantes-Vidal, N. (2018). Beyond diagnosis: Mentalization and mental health from a transdiagnostic point of view in adolescents from non-clinical population. *Psychiatry Research*, 270, 755-763. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.10.048>
- Board, P. S. and P. C. E. (2022). Adjustment to Cancer: Anxiety and Distress (PDQ®). *PDQ Cancer Information Summaries*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65960/>
- Bromberg, P. M. (2013). Standing in the Spaces. <https://doi.org/10.1080/00107530.1996.10746334>, 32(4), 509-535.
- Brown, R. J. (2008). Different Types of "Dissociation" Have Different Psychological Mechanisms. [http://dx.doi.org/10.1300/J229v07n04\\_02](http://dx.doi.org/10.1300/J229v07n04_02), 7(4), 7-28. [https://doi.org/10.1300/J229V07N04\\_02](https://doi.org/10.1300/J229V07N04_02)
- Butler, L. D. (2006). Normative dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 45-62. <https://doi.org/10.1016/J.PSC.2005.10.004>
- Cardeña, E., & Carlson, E. (2011). Acute stress disorder revisited. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 245-267. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-CLINPSY-032210-104502>
- Chou, C.-P., & Bentler, P. M. (1995). Estimates and tests in structural equation modeling. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 37-55). Sage Publications, Inc.
- Cieślak, M., Kozaka, J., Golińska, P. B., & Bidzan, M. (2022). Mentalization and Its Relation to Life Satisfaction and the Level of Mental Adjustment to Illness in Women with Breast Cancer-A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16). <https://doi.org/10.3390/IJERPH191610323>
- Cruz, R. A., Peterson, A. P., Fagan, C., Black, W., & Cooper, L. (2020). Evaluation of the brief adjustment scale-6 (BASE-6): A measure of general psychological adjustment for measurement-based care. *Psychological Services*, 17(3), 332-342. <https://doi.org/10.1037/SER0000366>
- Dekker, J., & de Groot, V. (2018). Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation—an exploration. *Disability and Rehabilitation*, 40(1), 116-120. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1247469>

- Drogar, E., Fathi-Ashtiani, A., & ashrafi, E. (2020). Validation and Reliability of the Persian Version of the Mentalization Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology, 12*(1), 1-12. doi: 10.22075/jcp.2020.18897.1745 [Persian]
- Duman, M., Durgun Ozan, Y., & Doğan Yüksesol, Ö. (2021). Relationship between the religious attitudes of women with gynecologic cancer and mental adjustment to cancer. *Palliative & Supportive Care, 19*(1), 62–68. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000619>
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., Godbout, N., & Fonagy, P. (2017). Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of Trauma and Dissociation, 18*(1), 11–30. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1172536>
- Ensink, K., Fonagy, P., Berthelot, N., Normandin, L., & Bernazzani, O. (2015). Response: Behind the closed doors of mentalizing. A commentary on “Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: Preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale.” *Frontiers in Psychology, 6*(JUN). <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2015.00697>
- Foa, E. B., & Hearst-Ikeda, D. (1996). Emotional Dissociation in Response to Trauma. *Handbook of Dissociation, 207–224*. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0310-5\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0310-5_10)
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior, 219–239*.
- Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. In: Allen, G., & Fonagy, P. (2006) *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 53-100). Chichester: John Wiley & Sons. doi:10.1002/9780470712986.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry, 64*, 59–66. <https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2015.11.006>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2018). Reconciling Psychoanalytic Ideas with Attachment Theory. *In: Shaver, P and Cassidy, J, (Eds.) Handbook of Attachment. Guilford Press: New York, NY, United States. (2018) (In Press).*
- Gibson, L. E., Reeves, L. E., Cooper, S., Olino, T. M., & Ellman, L. M. (2019). Traumatic life event exposure and psychotic-like experiences: A multiple mediation model of cognitive-based mechanisms. *Schizophrenia Research, 205*, 15–22. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2018.02.005>
- Groarke, A. M., Curtis, R., Groarke, J. M., Hogan, M. J., Gibbons, A., & Kerin, M. (2017). Post-traumatic growth in breast cancer: how and when do distress and stress contribute? *Psycho-Oncology, 26*(7), 967–974. <https://doi.org/10.1002/PON.4243>
- Halford, J., & Brown, T. (2009). Cognitive-behavioral therapy as an adjunctive treatment in chronic physical illness. *Advances in Psychiatric Treatment, 15*(4), 306–317. <https://doi.org/10.1192/APT.BP.107.003731>
- Handeland, T. B., & Kristiansen, V. R. (2017). *Certain and Uncertain Reflective Functioning in Mothers with Substance Use Disorder: Investigating the Associations between Reflective Functioning, Trauma and Executive Functions.* <https://www.duo.uio.no/handle/10852/59725>
- Hayden, M. C., Müllauer, P. K., Beyer, K. J. P., Gaugeler, R., Senft, B., Dehoust, M. C., & Andreas, S. (2021). Increasing Mentalization to Reduce Maladaptive Defense in Patients with Mental Disorders. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 637915. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.637915>
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: A review. *Clinical Psychology Review, 34*(2), 107–117. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2013.12.003>
- Kline, R. B. (2015). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Guilford Publications.
- Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The Neurobiology of Mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 6*(4), 366–379. <https://doi.org/10.1037/PER0000117>
- Marchetti, M., Russo, L., Giaccherini, C., Gamba, S., & Falanga, A. (2022). Hemostatic system activation in breast cancer: Searching for new biomarkers for cancer risk prediction and outcomes. *Thrombosis Research, 213*, S46–S50. <https://doi.org/10.1016/J.THROMRES.2022.01.019>
- Matthews, H. K., Bertoli, C., & de Bruin, R. A. M. (2022). Cell cycle control in cancer. *Nature Reviews. Molecular Cell Biology, 23*(1), 74–88. <https://doi.org/10.1038/S41580-021-00404-3>
- Morgan, C., & Gayer-Anderson, C. (2016). Childhood adversities and psychosis: evidence, challenges, implications. *World Psychiatry, 15*(2), 93–102. <https://doi.org/10.1002/WPS.20330>
- Neustadter, E. S., Fotopoulou, A., Steinfeld, M., & Fineberg, S. K. (2021). Mentalization and embodied selfhood in borderline personality disorder. *Journal of Consciousness Studies: Controversies in Science & the Humanities, 28*(3–4), 126. <https://pmc/articles/PMC7612160/>
- Nijenhuis, E. R. S., & van der Hart, O. (2011). Dissociation in Trauma: A New Definition and Comparison with Previous Formulations. [Http://Dx.Doi.Org/10.1080/15299732.2011.570592](http://Dx.Doi.Org/10.1080/15299732.2011.570592), 12(4), 416–445. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.570592>
- Patou M, Moradi A, Allahyari A A, Payandeh M. Psychometric Properties of The Version of The Mini- Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC) In Patients with Cancer. *Rph 2015; 9* (1) :3-3. [Persian]
- Payne, A., Kralj, A., Young, J., & Meiser-Stedman, R. (2019). The prevalence of intrusive memories in adult depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 253*, 193–202. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2019.04.055>
- Peterson, A. P., Fagan, C., & Smith, R. (2015). *Psychometric Evaluation of the Brief Adjustment Scale-6 (BASE-6): A New Measure of General Psychological Adjustment.* <https://digital.lib.washington.edu/443/researchworks/handle/1773/34153>

- Schimmenti, A. (2016). Dissociative experiences and dissociative minds: Exploring a nomological network of dissociative functioning. *Journal of Trauma and Dissociation*, 17(3), 338–361. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1108948>
- Shaw, C., Lo, C., Lanceley, A., Hales, S., & Rodin, G. (2020). The Assessment of Mentalization: Measures for the Patient, the Therapist and the Interaction. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 57–65. <https://doi.org/10.1007/S10879-019-09420-Z>
- Shin, G. I., Goldstein, L. H., & Pick, S. (2019). Evidence for subjective emotional numbing following induced acute dissociation. *Behavior Research and Therapy*, 119, 103407. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2019.05.004>
- Soffer-Dudek, N. (2014). Dissociation and dissociative mechanisms in panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression: A review and heuristic framework. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(3), 243–270. <https://doi.org/10.1037/CNS0000023>
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–592. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.PSYCH.58.110405.085615>
- Tschoeke, S., Steinert, T., & Bichescu-Burian, D. (2019). Causal connection between dissociation and ongoing interpersonal violence: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 107, 424–437. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2019.09.030>
- Walter, H., & Mohnke, S. (2015). Mentalizing and Psychopathology in Schizophrenia, Depression, and Social Anxiety. *Brain Mapping: An Encyclopedic Reference*, 3, 183–189. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397025-1.00176-7>
- Wilkinson, L., & Gathani, T. (2022). Understanding breast cancer as a global health concern. *The British Journal of Radiology*, 95(1130). <https://doi.org/10.1259/BJR.20211033>
- Williams, J., Bucci, S., Berry, K., & Varese, F. (2018). Psychological mediators of the association between childhood adversities and psychosis: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 65, 175–196. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2018.05.009>
- Yamasaki, S., Ando, S., Koike, S., Usami, S., Endo, K., French, P., Sasaki, T., Furukawa, T. A., Hasegawa-Hiraiwa, M., Kasai, K., & Nishida, A. (2016). Dissociation mediates the relationship between peer victimization and hallucinatory experiences among early adolescents. *Schizophrenia Research: Cognition*, 4, 18–23. <https://doi.org/10.1016/J.SCOG.2016.04.001>
- Yildirim, M., & Solmaz, F. (2021). Testing a Turkish Adaption of the Brief Psychological Adjustment Scale and Assessing the Relation to Mental Health. *Studies in Psychology*, 41(1), 231–245. <https://doi.org/10.26650/SP2020-0032>