

مقاله اصلی

نظریه ذهن: هم‌سنجی بین درمانجویان دارای اختلال شخصیت مرزی و افراد عادی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۹/۱۵

خلاصه

مقدمه

نظریه ذهنیت ناموفق، یکی از نظریه‌های اصلی در مفهوم‌پردازی اختلال شخصیت مرزی، کمبود توانایی افراد در سویه‌های گوناگون سازه نظریه ذهن را کانون آسیب می‌داند و پدیدآیی، تحول و نمود نشانه‌ها را برپایه آن تبیین می‌کند. با این همه سازش‌باسته‌ای در پژوهش‌های پیرامون این نظریه وجود ندارند و با توجه به شکاف پژوهشی موجود در این زمینه، این پژوهش با هدف هم‌سنجی نظریه ذهن در درمانجویان دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی با گروه بهنجار انجام شد.

روش کار

این پژوهش توصیفی کمی و از نوع طرح علی-مقایسه‌ای بود و جامعه آماری آن بزرگسال‌های باسواد ساکن استان تهران بود که از بین آنها به روش نمونه‌گیری در دسترس دو گروه ۱۵ نفره دارای اختلال شخصیت مرزی و بهنجار گزینش شدند. یافته‌های پژوهش با بهره‌مندی از ابزارهای مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID-II (۱۹۹۴)، نسخه ویرایش شده چک‌لیست نشانه‌های روانی SCL-90-R (۱۹۹۴)، مقیاس افسردگی بک II (۱۹۶۱)، پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۰) و آزمون ذهن‌خوانی به کمک تصویر چشم بارون و کوهن (۲۰۰۱) بدست آمد. در ادامه داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری یک راهه مورد کاوش قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های این پژوهش نشان داد تفاوت معناداری در توانایی نظریه ذهن افراد گروه بالینی دارای اختلال شخصیت مرزی و بهنجار وجود ندارد ($p > 0.05$).

نتیجه‌گیری

هنوز سازش کاملی بر روی کاستی توانایی نظریه ذهن در اختلال شخصیت مرزی وجود ندارد و تنها تشخیص‌گذاری این اختلال دلیل کاستی این توانش در درمانجویان نیست از این رو سنجش اولیه و توجه بیشتر در گزینش روش‌های درمانگری برپایه نظریه ذهن در این اختلال پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی

ذهنیت ناموفق، اختلال شخصیت مرزی، ذهن‌خوانی، نظریه ذهن
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

محمود حکیم نیا^۱

زهره رافعی^{۲*}

مهرداد معینی^۲

^۱گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

^۲استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

Email: rafezi.zohreh@atu.ac.ir

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانپزشکی است و با الگوی ناپایدار در عاطفه، خودانگاره و روابط بین‌فردی در کنار رفتارهای تکانشی، خودزنی و خودکشی شناخته می‌شود (۱). این اختلال رنج روانی بیشتری در همسنجی با دیگر اختلال‌های شخصیت برای فرد و نزدیکانش به همراه دارد زیرا الگوی روابط بین‌فردی در این افراد با خشم ویرانگر و نوسان‌دار برپایه نارزنده‌سازی آشنایان صمیمی قبلی است، چنین حالتی می‌تواند با تفسیر یک موقعیت واقعی یا خیالی از طرد و یا نبودن توجه کافی آغاز شود. این اختلال در همبودی با دیگر اختلال‌ها به هم‌افزایی نشانه‌های بالینی انجامیده و زمینه اختلال مصرف مواد و همچنین رفتار خودکشی را فراهم می‌کند به گونه‌ای که آمار مرگ‌ومیر تا ۱۰ درصد در این اختلال گزارش شده است. دامنه گسترده آسیب، شیوع بالا، روند روبه‌افزایش فراگیری و همچنین کاهش سن تشخیص، این اختلال شخصیت پیچیده و چالش‌برانگیز را به یک اولویت پژوهشی تبدیل کرده است (۲-۵).

چهار نظریه اصلی به نام‌های پرخاشگری افراطی، بی‌نظمی هیجانی، ذهنیت ناموفق و حساسیت افراطی بین‌فردی به مفهوم-پردازی اختلال شخصیت مرزی پرداخته و سویه‌های گوناگون آن شامل هسته‌ی کانونی آسیب، تفکیک از دیگر اختلال‌ها، بروز نشانه‌ها، وراثت‌پذیری و همچنین کاربرد بالینی را هم‌زمان در خود جای دادند. در این نظریه‌ها چهار بخش آسیب‌شناسی شامل روابط بین‌فردی، عاطفه، رفتار و هویت مورد بررسی قرار گرفته و تبیین شایسته‌ای برای نابهنجاری در آنها ارائه شده است (۶).

برپایه نظریه ذهنیت ناموفق هسته اصلی آسیب در اختلال شخصیت مرزی کمبود توانایی نظریه ذهن است. نظریه ذهن اولین بار به دست پریماک و وودوروف (۷) مطرح شد و آن را نسبت‌دادن حالت‌های ذهنی به خود و دیگران تعریف نمودند، همه انسان‌های بزرگسال به گونه ذاتی روانشناس‌هایی هستند که توانایی درک حالت‌های ذهنی خود و دیگران را دارند و این

نظریه جداکننده گونه انسان از دیگر موجودات است. شناخت کودک در چهار سالگی دست‌خوش تحول بزرگی می‌شود و توانایی نظریه ذهن را به دست می‌آورد این ویژگی تنها زمانی رخ می‌دهد که کودک بتواند باورها را درک کند. چنین شناختی به آهستگی در کودک پدید آمده و در پایان او می‌تواند خود را از دیگران جدا کند. در تعریف گسترده‌تر سازه‌ی نظریه ذهن، بیان می‌شود هر فرد در کنار توانایی درک هیجان‌ها و باور خود می‌داند این حالت‌ها پایا نیست و می‌تواند از موقعیتی به موقعیت دیگر بانگش به بافت زندگی روزمره و رویدادها تغییر کند. در همین حال این حالت‌ها می‌تواند بر رفتار و احساسات دیگران نیز تاثیرگذار باشند از سویی فرد می‌داند که دیگران نیز دارای حالت‌های هیجانی و باورهای خود هستند و او می‌تواند آنها را تشخیص دهد، هرچند می‌داند این باورها می‌توانند درست یا غلط باشند. شناخت اجتماعی با این توانایی رابطه دارد و پایه روابط بین‌فردی بر روی توانایی‌های نظریه ذهن بنا شده است از این رو کمبود توانش در آن به روابط بین‌فردی ناکارآمد و تنش‌زا می‌انجامد. نظریه ذهن یک سازه یگانه نیست و سویه‌های گوناگون دارد و پژوهش پیرامون آن پیچیده و چالش‌برانگیز است (۸).

برپایه نظریه ذهنیت ناموفق اختلال شخصیت مرزی در اوایل دوران تحول در یک والدگری نابجا ایجاد می‌شود. در چنین محیطی کمک درست و درخور کلامی به کودک در شناخت احساسات خود و دیگران جای ندارد. یک کودک با پیش‌زمینه این اختلال، توانایی داشتن، لمس و تجربه حالت‌های ذهنی خود را نداشته و حمایت بایسته از سوی مراقبین در راستای تایید خود دریافت نمی‌کند از این رو در چنین حالتی ادراک‌های شدید، غیرواقعی و نامتعادل از خود و دیگران یعنی همان نشانه‌های اختلال پدید می‌آید. کانون آسیب در این نظریه روابط بین‌فردی است اگرچه مشکلات هیجانی نقش اصلی در کارکرد پایین‌تر نظریه ذهن را دارند ولی پرخاشگری و خشم در این اختلال نشانه رتبه دوم در واکنش به محیط فرساینده است (۹).

در پژوهش‌های پیرامون نظریه ذهنیت ناموفق نبود همسویی در یافته‌ها دیده می‌شود. در تعدادی از پژوهش‌ها نظریه ذهن با ابزار پرکاربرد ذهن‌خوانی به کمک تصویر چشم^۱ (RMET) مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفت. یونوکا و دیگران (۱۰) دو گروه همتا از نظر سن، جنس و تحصیلات با این ابزار مورد سنجش قرار گرفتند و در آن سه فرضیه رقیب شامل پایین‌تر، همسان و بیشتربودن رمزگشایی حالت‌های ذهنی یا همان نظریه ذهن را بررسی نمودند یافته‌های پژوهش کمتربودن توانایی نظریه ذهن در کسانی که دارای اختلال شخصیت مرزی بودند را نشان داد همچنین کارکرد گروه بالینی در تصویرهای مثبت و خنثی پایین‌تر و در تصویرهای هیجان منفی یکسان بود. در پژوهش گوله و دیگران (۱۱) شناخت اجتماعی که هسته آسیب در اختلال شخصیت مرزی است در ۳۰ نوجوان دارای معیار مرزی با گروه گواه بهنجار هم‌سنجی شدند و میزان کمبود کارآیی شناخت اجتماعی به نسبت شدت معیارهای این اختلال در گروه بالینی گزارش شد در پژوهش ایشان یکی از آزمون‌های بکارگرفته شده آزمون RMET بود و در پایان نمره‌های این آزمون ناهمسانی بالایی برای دو گروه را نشان داد. همچنین نمره‌ها همبستگی منفی با شدت ویژگی‌های اختلال مانند حالت-های شبه‌روان‌گسستگی نشان دادند. این پژوهش تنها بر روی نوجوان‌های دختر انجام شده بود و نکته دیگری که در آن در نظر گرفته نشد معیارهای تاثیرگذاری مانند میزان اضطراب و افسردگی در زمان انجام آزمون ذهن بود که امکان کاستن از میزان اطمینان یافته‌ها را دارد، زیرا حالت‌های اضطرابی و همچنین افسردگی بر روی توانایی نظریه ذهن تاثیرگذار است. افزون‌براین در پژوهش ایشان دست برتر همچون یک عامل تاثیرگذار تعیین نشد و می‌توان آن را محدودیت دیگر پژوهش آنها دانست، برابر پژوهش‌های پیشین توانایی شناخت هیجان‌ها در افراد با دست برتر چپ بیشتر است (۱۲).

در یکی از جدیدترین ارزیابی‌های نظریه‌ی ذهن در اختلال شخصیت مرزی به دست سیرکوت و دیگران (۱۳) ابزار RMET بهره‌برداری شد. برای این کار ۳۳ بیمار به کمک مصاحبه بالینی

ساختاریافته برای اختلال‌های شخصیت^۲ (SCID-II) در گروه بالینی با همین تعداد شرکت‌کننده بهنجار مورد ارزیابی قرار گرفت و توانش کمتر شناسایی حالت‌های ذهنی در گروه بالینی گزارش شد. دسته دیگری از پژوهش‌ها با RMET و دیگر ابزارهای سنجش نظریه ذهن هیچ‌گونه ناهمسانی معناداری در بین این گروه افراد در برابر با گروه بهنجار گزارش نکردند (۱۷-۱۴). در کنار پژوهش‌های مرور شده که همگی به پایین‌تر و یا برابربودن توانش ذهن‌خوانی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تاکید می‌کنند، یافته‌هایی میزان توانایی بیشتر این افراد را گزارش می‌کنند. همانند پژوهش فریک و دیگران (۱۸) که در آن کارکرد گروه بالینی بهتر و سریعتر از افراد گروه گواه بهنجار، گزارش شده است. در پژوهشی دیگر گزارش شد روی هم‌رفته نمی‌توان کمبود در زمینه نظریه ذهن را به افراد دارای اختلال شخصیت مرزی نسبت داد و همچنین ناهمسانی در این افراد بیش از آنکه ویژه نوع این اختلال شخصیت باشد به میزان کلی و شدت آسیب ارتباط دارد (۱۹).

بانگرش به بررسی پیشینه نظریه ذهن در اختلال شخصیت مرزی، یافته‌ها را می‌توان در سه گروه طبقه‌بندی نمود طبقه اول در راستای تایید نظریه ذهنیت ناموفق، کمبود ذهن‌خوانی در این اختلال را تایید می‌کنند. در طبقه دوم از پژوهش‌ها ناهمسانی معناداری بین دو گروه بالینی و بهنجار گزارش نشده است و در پایان طبقه سوم از پژوهش‌ها، ناهمسان با نظریه ذهنیت ناموفق، میزان توانایی نظریه ذهن در گروه بالینی حداقل در بعضی از سویه‌های آن بیشتر از گروه گواه گزارش شده است. چنین یافته‌هایی بر پیچیدگی مفهوم‌پردازی اختلال شخصیت مرزی و همچنین سازه نظریه ذهن دامن‌زده است. از این رو با بررسی ناهمخوانی یافته‌ها هم‌اکنون می‌توان گفت هنوز تصویر روشنی از نظریه ذهن در این اختلال وجود ندارد و یا ابزار سنجش بایسته برای پژوهش این سازه پیچیده طراحی نشده است.

با نگرش به اهمیت اختلال شخصیت مرزی از سویه‌های گوناگون یاد شده و نیاز به شناخت بیشتر این آسیب‌روانی به-منظور فراهم‌آوری راهبردهای درمانگری معطوف به کانون

² Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)

¹ Reading the Mind in the Eyes Test (RMET)

در دیدار رودررو به صورت جداگانه برای هریک از شرکت-کنندگان انجام شد. قبل از انجام هرگونه اقدام عملی، نخست شرکت‌کننده‌ها در جریان کامل پژوهش قرار گرفتند و افزون‌بر آگاهی‌دادن کامل در مورد روش کار، ویژگی‌های آزمون‌ها، چگونگی گردآوری و بکارگیری داده‌ها برای هریک از موارد نام‌برده شده رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.ATU.REC.1399.046 بود.

ابزار پژوهش

SCID-II: فرست در سال ۱۹۹۴ این ابزار را که یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برای ارزیابی ۱۰ اختلال شخصیت محور دوم، اختلال شخصیت که به گونه دیگر تعریف نشده است، اختلال شخصیت منفعل-پرخاشگر و اختلال شخصیت افسرده مطابق DSM-IV فراهم نمودند. این ابزار برای افراد بالای ۱۸ سال به دست فرد آموزش دیده درخور به کارگیری است و به صورت مطلق و و ابعادی اختلال‌های محور دوم را تشخیص‌گذاری می‌کند (۲۰). این مصاحبه دارای ۱۱۹ سوال برای ارزیابی معیارهای تمامی اختلال‌های شخصیت است و مصاحبه‌گر بانگ‌ش‌به‌داوری و ارزیابی بالینی خود از پاسخ‌های مصاحبه‌شونده کدهای (۹) اطلاعات ناکافی، کد (۱) عدم وجود، کد (۲) پایین‌تر از آستانه و کد (۴) در حد آستانه یا واقعی به هریک از معیارها اختصاص می‌دهد. برای اختلال شخصیت مرزی این ابزار دارای ۱۳ پرسش پیرامون نه معیار تشخیصی است و شرط تشخیص-گذاری داشتن دست‌کم پنج معیار است. در بررسی نسخه فارسی این مصاحبه سازش تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب (کاپای بیشتر از ۰/۶) و سازش کلی (کاپای کلی) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای همه تشخیص‌ها در گستره طول عمر ۰/۵۵ گزارش شد (۲۱).

پرسشنامه اضطراب بک: بک و استیر این پرسشنامه را در سال ۱۹۹۰ برای اندازه‌گیری میزان اضطراب معرفی نمودند و دارای ۲۱ پرسش خودسنجی چهارگزینه‌ای است. آزمودنی‌ها جهت پاسخگویی، بانگ‌ش‌به‌ هفته گذشته به پرسش‌ها پاسخ می‌دهند به گونه‌ای که امتیاز صفر به اصلاً، یک به خفیف، دو به متوسط و امتیاز سه به شدید می‌دهد. دامنه هر فرد می‌تواند از بین صفر

آسیب، پژوهش پیرامون آن ضروری است ازسویی ناهمخوانی یافته‌ها در مفهوم‌پردازی این اختلال با نظریه ذهنیت ناموفق اهمیت بیشتر کاوش در این نظریه را نمایان می‌سازد بنابراین پژوهش کنونی به دنبال پاسخ برای این پرسش است که آیا ناهمسانی در نظریه ذهن درمانجویان دارای اختلال شخصیت مرزی و دیگر افراد بهنجار وجود دارد؟

روش کار

این پژوهش به صورت توصیفی و کمی با روش علی مقایسه‌ای بود. در انجام پژوهش شرکت‌کنندگان با ابزار تشخیصی و در نظر گرفتن معیارهای ورود در دو گروه جایگزین شده و مورد سنجش قرار گرفتند. جامعه‌ی آماری در این پژوهش تمام بزرگسال‌های باسواد ساکن استان تهران بود. در این پژوهش نمونه‌گیری به روش دردسترس انجام شد برای این کار ابتدا بروشور نمونه‌گیری در مراکز روانپزشکی، کلینیک‌های سلامت روانی و همچنین شبکه‌های اجتماعی وابسته آگهی‌رسانی شد سپس از میان داوطلبان تعداد ۳۰ تن در راستای پژوهش‌های قبلی همانند گزینش شدند (۱۵). معیارهای ورود به نمونه در گروه بالینی شامل موارد ۱. دست برتر راست ۲. حداقل تحصیلات دیپلم و یا برابر آن ۳. توانایی درک آزمون‌ها ۴. دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی برپایه چهارمین مجموعه بازنگری شده تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (-DSM-IV TR) ۵. نداشتن اختلال‌های عصب‌شناختی اولیه و ثانویه ۶. نداشتن اختلال دوقطبی نوع اول ۷. نداشتن اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی ۸. نداشتن اختلال‌های شخصیت خوشه A ۹. نداشتن اختلال شخصیت ضداجتماعی ۱۰. نداشتن اختلال‌های طیف روان‌گسستگی ۱۱. نداشتن اختلال مصرف مواد ۱۲. نداشتن اختلال‌های طیف اوتیسم ۱۳. نداشتن سابقه آسیب مغزی ۱۴. باردار نبودن ۱۵. احتمال خطر خودکشی پایین، در نظر گرفته شد. افراد گروه بهنجار از میان داوطلبان بانگ‌ش‌به معیارهای ورود و نداشتن اختلال شخصیت مرزی و ویژگی‌های جمعیت-شناسی گروه بالینی شامل گستره سنی، جنسیت، سطح تحصیلات، هوش به صورت همگن از دانشگاه‌ها، اداره‌ها و موسسه‌های خصوصی و دولتی گزینش شدند. گردآوری داده‌ها

کمترین اضطراب تا ۶۳ بیشترین اضطراب بدست آید. ویرایش فارسی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت و درستی آزمایی ($r = 0.72$, $p < 0.001$)، قابلیت اعتماد ($r = 0.83$, $p < 0.001$) و ثبات درونی پذیرفتنی ($\alpha = 0.92$) گزارش شد (۲۲). آلفای کرونباخ این آزمون در پژوهش کنونی ۰/۸۹۸ بدست آمد. پرسشنامه افسردگی بک ۲: پرسشنامه افسردگی بک در سال ۱۹۹۶ معرفی شد و شامل ۲۱ پرسش خودسنجی است و آزمودنی بانگرش به حالت‌ای هفته گذشته در پاسخ به پرسش‌ها از شدت صفر (فقدان یا ملایم) و ۳ (شدید) نمره‌دهی می‌کند. نمره آزمودنی بین صفر تا ۶۳ می‌تواند بدست آید که مقادیر بالاتر شدت افسردگی بیشتر را نشان می‌دهد. نسخه فارسی این پرسشنامه فراهم و ارزیابی شد و درستی آزمایی داخلی بالا با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی آزمون- بازآزمون برابر ۰/۷۴ بدست آمد (۲۳). آلفای کرونباخ برای این ابزار در پژوهش حاضر ۰/۹۲ بدست آمد.

پرسشنامه چک‌لیست نشانه‌ها ۹۰ تایی^۱ (SCL-90R): نسخه اصلی SCL-90 به دست دروگتیس اولین بار در سال ۱۹۷۳ و نسخه نهایی این ابزار دو سال بعد در سال ۱۹۷۵ فراهم شد (۲۴). این پرسشنامه علائم و پریشانی روانشناسی را در ۹ بعد و سه شاخص کلی اندازه‌گیری می‌کند. نشانه‌ها شامل شکایت‌های جسمانی، وسواسی مجبور، حساسیت در روابط بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌گسستگی است. شاخص‌های کلی برای اندازه‌گیری حالت پریشانی کلی با ناهمسانی اندکی در چشم-انداز خود با یکدیگر شامل شاخص شدت کلی، شاخص درماندگی و شاخص مجموع نشانه‌های مثبت هستند. این ابزار برای دامنه وسیعی از بیماران سرپایی، بستری و اغلب بیماران روانپزشکی کاربرد دارد. اکنون بالغ بر ۲۶ ترجمه از این ابزار به زبان‌های گوناگون و زبان فارسی فراهم است و میزان اطمینان بالایی در دامنه گسترده‌ای از کاربردها را دارد. این ابزار شامل ۹۰ گویه است و درجه‌بندی پاسخ به ماده‌های آن در مقیاس لیکرت ۵ تایی از میزان ناراحتی هیچ، کم، متوسط، زیاد و شدید

¹ Symptom Checklist-90-Revised

است. کمترین امتیاز به هیچ و بیشترین امتیاز به شدید داده می‌شود. در بررسی پایایی این ابزار دو روش ضریب پایایی داخلی و همچنین آزمون-بازآزمون بکارگرفته شد و ضریب پایایی داخلی برای داده‌های ۲۰۹ شرکت‌کننده بالینی کمترین ضریب آلفای برابر ۰/۷۷ برای روان‌گسستگی و بیشترین آن ۰/۹ برای افسردگی گزارش شد (۲۵). پایایی به‌روش آزمون-بازآزمون کمترین ضریب آلفای ۰/۷۸ برای خصومت و بیشترین برابر ۰/۹ برای ترس مرضی بدست آمد. در بررسی درستی این ابزار پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا بکارگرفته شد و به‌جز شاخص وسواسی مجبور که به‌صورت مستقیم اندازه‌گیری نمی‌شود در دیگر موارد همگرایی خوبی بدست آمد (۲۴). در مجموع این ابزار مجموعه بی‌نظیر کوتاه و چندبعدی برای اندازه‌گیری نشانه‌ها و پریشانی‌های روانشناسی است و نتایج صد-ها پژوهش و مطالعات بالینی در گستره وسیعی از کاربردها پایایی و قابلیت اطمینان آن را تایید کردند. هنجاریابی این آزمون در ایران بین دانش‌آموزان دبیرستانی و پیش‌دانشگاهی با شرکت تعداد ۴۰۱۵ تن انجام شد. بیشترین ضریب پایایی با روش بازآزمایی ($r = 0.93$) و به روش دونیمه‌کردن و آلفای کرونباخ ($\alpha = 0.85$) در افسردگی بدست آمد. بین نه عامل و ضرایب سه‌گانه همبستگی بیشتر از ۰/۵ گزارش شد و در پایان برداشت شد که ترجمه فارسی این ابزار اطمینان و کارایی پذیرفتنی دارد (۲۶). در پژوهش کنونی میزان آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۸ بدست آمد.

ذهن‌خوانی به‌کمک تصویر چشم RMET: این ابزار به‌دست بارن‌کوهن و دیگران در سال ۱۹۹۷ برای بررسی نظریه ذهن در افراد دارای اوتیسم همچون یک آزمون عصب‌روانشناسی معرفی شد و چهار سال بعد نسخه تجدیدنظر شده آن را نیز ارائه دادند (۲۷). این آزمون همچون یک آزمون پیشرفته در اندازه-گیری نظریه ذهن به‌شمار می‌رود و شرکت‌کنندگان در آن خود را در ذهن افراد نمایش داده‌شده در تصویرها قرار داده و حالت‌های هیجانی متناسب چهره را به آنها نسبت می‌دهند. بانگرش به-اینکه این داوری تنها برپایه تصویر چهره انجام می‌گیرد آن را یک آزمون اندازه‌گیری تشخیص هیجان در نظر می‌گیرند.

تصویرهای به کار گرفته شده در این آزمون برپایه نژاد قفقازی است زیرا شواهدی مبنی بر توانایی تشخیص درست هیجان‌های چهره این نژاد به دست دیگر فرهنگ‌ها وجود دارد. در این آزمون برای هر تصویر ارائه شده چهار هیجان ارائه می‌شود و آزمودنی باید بانگرش به تصویر، هیجان درست را گزینش کند. هیجان‌های موجود در تصویرها در سه طبقه مثبت، منفی و خنثی دسته‌بندی می‌شوند، تعداد تصویرهای گویای حالت‌های هیجان‌های مثبت مانند دوستانه و متفکر هشت عدد، هیجان‌های منفی مانند نگران و غمگین ۱۲ عدد و هیجان‌های خنثی مانند جدی و محتاط ۱۶ عدد است (۲۸). در مجموع ۳۶ تصویر ناحیه چشم به صورت سیاه و سفید از بازیگرهای مرد و زن (۱۸ مرد) در بازه سنی گوناگون به آزمودنی ارائه می‌شود و از آزمودنی خواسته می‌شود فکر و یا احساس افراد داخل تصویر را شناسایی کند، به هر پاسخ درست یک امتیاز داده می‌شود بنابراین نمره این آزمون بین ۳۶ برای بیشترین پاسخ‌های درست و صفر برای هیچ پاسخ درست به دست می‌آید. این آزمون در ایران به فارسی ترجمه شده و آلفای کرونباخ ۰/۷۲ برای آن گزارش شده است (۲۹). در پژوهش کنونی میزان آلفای کرونباخ برای این آزمون ۰/۶۴ بدست آمد.

پرسشنامه ارزیابی شدت شخصیت مرزی در طول زمان (BEST)؛ این معیار خودگزارش‌دهی به دست بلوم و دیگران در سال ۲۰۰۲ برای اندازه‌گیری شدت و تغییرات نشانه‌های بالینی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی فراهم شد و به افکار، احساسات و رفتارهای ویژه آزمودنی یک نمره می‌دهد (۳۰). این ابزار شامل ۱۵ گویه است که در سه زیرمقیاس دسته‌بندی و همه آنها از یک تا پنج در مقیاس لیکرت نمره‌گذاری شده است. زیر معیار A هشت گویه دارد و در آن احساسات و افکار طی ماه گذشته ارزیابی می‌شود در این زیرمعیار تحریک-پذیری مزاج، اختلال در هویت و روابط ناپایدار، پارانوایا، احساس تهی‌بودن و افکار خودکشی وجود دارد. این پرسشنامه در زیرمعیار B در چهار گویه به رفتارهایی شامل خودجراحی می‌پردازد و همانند زیر معیار A به صورت (۱: هیچ/کم؛ ۵:

شدید) نمره‌گذاری می‌شود. زیرمعیار C دارای سه گویه است و رفتارهای مثبت را ارزیابی می‌کند. گویه‌های زیرمعیار C برپایه تعدادشان (۱: تقریباً هرگز؛ ۵: تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. زیرمعیارهای A و B از معیارهای DSM-IV برگرفته شده است و در مورد افکار، احساسات و رفتارهای منفی در این اختلال شخصیت است و بخش C برای بررسی رفتارهای مثبت است. رتبه کلی شدت اختلال از کم کردن امتیاز زیرمعیار C از جمع نمره زیرمعیارهای A و B بدست می‌آید. در این حالت گستره نهایی اعداد بین منفی ۳ تا ۵۷ قرار می‌گیرد سپس عدد اصلاح ۱۵ به امتیاز این مرحله افزوده شده و همه امتیازها به گستره مثبت تبدیل می‌شود. در پایان فرجام این آزمون بین دو عدد ۱۲ تا ۷۲ خواهد بود و نمره ۱۲ بهترین و ۷۲ بدترین حالت را نشان می‌دهد. ترجمه فارسی این ابزار مورد بررسی قرار گرفت و درستی صوری و محتوایی خوب، درستی ملاکی بالا، قابلیت اطمینان متوسط تا بالا و درستی سازه دو عاملی پذیرفتنی و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۶۱ گزارش شد (۳۱). در پژوهش کنونی آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۹ بدست آمد.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد سن، تحصیلات، بهره هوشی در جدول ۱ گزارش شده است. آزمودنی‌های شرکت‌کننده در این پژوهش از ۲۰ سال تا ۴۵ سال با میانگین سنی ۲۷/۷ سال با نسبت جنسیت یکسان در دو گروه در نظر گرفته شد. همچنین افراد گروه بالینی با مصاحبه ساختار یافته SCID-II مورد ارزیابی قرار گرفته و داشتن معیار تشخیص اختلال شخصیت مرزی در آنها تایید شد. همان‌گونه که در جدول ۱ دیده می‌شود دو گروه ناهمسانی معناداری در متغیرهای سن، جنسیت و میزان تحصیلات ندارند.

¹The Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST)

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناسی و شاخص‌های بالینی گروه بهنجار و بالینی

متغیر	گروه بهنجار (۱۵ نفر)		گروه بالینی (۱۵ نفر)		مقایسه گروه‌ها
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
سن	۲۷/۴	۶/۹۸	۲۷/۹	۵/۶۲	t=۲/۳, p=۰/۸۲
تحصیلات (سال)	۱۵/۶	۱/۷۲	۱۴/۵	۱/۵	t=۱/۸, p=۰/۰۸

در جدول شماره ۲ فرجام اندازه‌گیری نشانه‌های بالینی آمده است و نشان‌دهنده ناهمسانی معناداری در شاخص‌های بالینی مقیاس افسردگی، اضطراب و همه شاخص‌های پرسشنامه چک-لیست نشانه‌های روانی می‌باشد و گروه بالینی در همه موارد بیشتر

از گروه بهنجار است. در ادامه برای هم‌سنجی نظریه ذهن بین دو گروه در ابزار ذهن‌خوانی به کمک تصویر چشم از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری یک راه بهره‌برداری شد. برای این کار ابتدا پیش‌فرض‌های این روش آماری مورد ارزیابی قرار گرفت. دو آزمون کولموگروف اسمیرنوف و لوین برای بررسی نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس‌ها انجام شد. در آزمون کولموگروف اسمیرنوف نتیجه بر روی متغیرها ($p > 0/05$) مفروضه نرمال بودن را تایید نمود. نتیجه آزمون لوین تنها در هیجان منفی ($p < 0/05$) معنادار شد و بانگرش به برابری حجم گروه‌ها می‌توان واریانس بزرگتر را بر واریانس کوچکتر تقسیم نمود و اگر پی‌آمد کمتر از ۱۰ بود به خدشه‌دار نشدن آزمون تحلیل واریانس اطمینان حاصل کرد (۳۲). در این متغیر نیز پی-آمد کمتر از مقدار یادشده بدست آمد و نشان‌دهنده برآورده شدن مفروضه همگنی واریانس بود.

جدول ۲. شاخص‌های بالینی گروه بهنجار و بالینی

مقایسه گروه‌ها	گروه بالینی		گروه بهنجار		متغیر
	t	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
p	۷/۸	۹/۷	۳۰/۴۶	۵	شاخص افسردگی بک
۰/۰۰	۴/۶	۸/۵۸	۲۰/۱	۵/۸	شاخص اضطراب بک
۰/۰۰	۹/۲	۰/۴۶	۱/۶۵	۰/۱۸	شاخص شدت کلی
۰/۰۰	۸/۵	۱۳/۶۳	۶۸/۴۷	۱۴/۱۲	شاخص مجموع نشانه‌های مثبت
۰/۰۰	۶/۵	۰/۴	۲/۱	۰/۱۷	شاخص درماندگی
--	--	--	--	۷/۹۶	نمره معیار شخصیت مرزی

آزمون است. نمره گروه بهنجار در هیجان مثبت و خشی کمی کمتر از گروه بالینی و در هیجان منفی میانگین نمره گروه بهنجار بالاتر از گروه بالینی است البته میزان ناهمسانی بین نمره‌ها ناچیز است و در هیچ کدام از نمره‌ها ناهمسانی معنادار نیست.

یافته‌های تحلیل واریانس چند متغیری یک عاملی برای آزمون ذهن‌خوانی به کمک تصویر چشم به تفکیک نوع هیجان و گروه در جدول شماره ۳ ارائه شده است. اعداد میانگین تعداد پاسخ‌های درست به تصویر هیجان‌های به نمایش گذاشته شده در

متغیر	گروه بهنجار		گروه بالینی		مقایسه گروه‌ها
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
هیجان‌های مثبت	۵/۵±۱/۴	۵/۷±۱/۵	۰/۳	۰/۱۳۸	F=۰/۷۱۳, p=۰/۰۰۵
هیجان‌های منفی	۸/۲±۲/۱	۷/۹±۰/۶	۰/۸۳۳	۰/۳۵۳	F=۰/۵۵۷, p=۰/۰۱۲
هیجان‌های خشی	۹/۱±۲/۱	۱۰/۸±۲/۴	۰/۱۳۳	۰/۰۲۷	F=۰/۸۷۱, p=۰/۰۰۱

در بررسی میزان همبستگی بین نشانه‌های بالینی و نمره‌های آزمون RMET در گروه بالینی، شاخص افسردگی بک همبستگی مثبت معناداری ($r=0/82, p<0/01$) با هیجان‌های خنثی و همچنین میزان همبستگی ($r=0/51, p<0/05$) با همه هیجان‌ها داشت. برای نمره‌های چک‌لیست نشانه‌های روانی بیشترین میزان همبستگی معنادار ($r=0/76, p<0/01$) بین شاخص درماندگی با نمره همه هیجان‌ها و همچنین ($p<0/05$)، ($r=0/44$) با نمره هیجان منفی به دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش کنونی در پی آن بود نظریه ذهن بین درمانجویان دارای اختلال شخصیت مرزی را با گروه بهنجار همسنجی کند و در پاسخ به پرسش برآمده از پژوهش‌های ناهمخوان با نظریه ذهنیت ناموفق با آزمون RMET نظریه ذهن بین دو گروه را مورد پژوهش قرار دهد. یافته‌های بدست آمده به روش تحلیل واریانس چند متغیره مورد کاوش قرار گرفت و برابر جدول شماره ۳ با تراز اطمینان ۹۵ درصد ناهمسانی بین دو گروه دیده نشد. این آزمون که توانایی تشخیص هیجان‌های گوناگون مثبت، منفی و خنثی را در آزمودنی مورد بررسی قرار می‌دهد در پژوهش کنونی در هیچ‌یک از هیجان‌ها قادر به تشخیص ناهمسانی میان دو گروه نبود. همسانی در توانایی ذهن‌خوانی در افراد دارای شخصیت مرزی پیش‌تر نیز با همین ابزار در پژوهش‌هایی گزارش شده است و نتایج پژوهش کنونی نیز بانگرس به تحلیل انجام شده در راستای آنها است (۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹). نمونه‌های شرکت‌کننده گروه بالینی در این پژوهش برابر با معیارهای DSM-IV دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی بوده و تابلوی بالینی این افراد در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد ناهمسانی معنادار در نشانه‌های بالینی آنها در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب، شاخص شدت کلی، شاخص مجموع نشانه مثبت و شاخص درماندگی وجود دارد. در مصاحبه‌های انجام شده همچنین از جای داشتن سویه‌های گسترده این اختلال در روابط بین فردی اطمینان حاصل شده بود و بانگرس به همه این موارد ابزار ذهن‌خوانی به کمک تصویر چشم که در تعداد زیادی از پژوهش‌های پیشین در بررسی نظریه ذهن بکار گرفته

شده است ناهمسانی معناداری را نشان نداد. سازه نظریه ذهن به گونه ذاتی ماهیتی پیچیده دارد و از بخش‌های گوناگونی تشکیل شده است و سنجش این سازه بانگرس به ماهیت آن کار آسانی نیست همچنین متغیرهایی مانند سطح تحصیلات، بهره هوشی، جنسیت، دست برتر و فرهنگ در کنار مواردی نظیر نمرخ بالینی و شدت پریشانی نیز بر روی این سازه موثر است از این رو بررسی و سنجش نظریه ذهن به گونه خالص در یک اختلال خاص حتی با نگرستن به چنین متغیرهایی پیچیده است. این نکته‌ها می‌تواند چرایی ناهمخوانی در بررسی‌های انجام شده باشد و پژوهش‌های بسیاری با بکارگیری روش‌های گوناگون هنوز با قطعیت بایسته کمتر بودن نظریه ذهن در اختلال شخصیت مرزی را مشخص نمی‌کنند. همبستگی مثبت بین نشانه‌های بالینی افسردگی بک و شاخص درماندگی چک‌لیست نشانه‌های روانی همسو با یافته‌های آرنتر و دیگران (۱۴) است و در یافته آنها بانگرس به اینکه گروه بالینی توانایی بهتری در نظریه ذهن بدست آورد همبستگی مثبت ($r=0/29, p<0/05$) بین نمره مزاج منفی و امتیاز نظریه ذهن به دست آمد. این همبستگی با یافته نجاتی و دیگران (۳۳) همخوانی ندارد و در پژوهش آنها همبستگی منفی بین نمره آزمون RMET و افسردگی گزارش شد. در پژوهش کنونی همبستگی بین نمره آزمون BEST و نمره‌های آزمون RMET معنادار نشد که نشان‌دهنده نبودن رابطه بین نشانه‌های بالینی اختلال شخصیت مرزی و نظریه ذهن است. روی هم‌رفته از یافته بدست آمده در این پژوهش می‌توان برداشت نمود که کانون آسیب در اختلال شخصیت مرزی به سبب کمبود در نظریه ذهن نیست و این افراد به خوبی دیگر افراد بهنجار بدون نشانه‌های بالینی، توانایی شناسایی هیجان‌های خود و دیگران و تفکیک آنها از یکدیگر را دارند و هم‌چنان با داشتن این توانش مشکلات بین فردی فراوان، نوسان‌های شدید مزاجی و دیگر معیارهای شخصیت مرزی را دارند و این می‌تواند به معنی آن باشد که در این گروه از بیماران الگوی فراگیر اختلال، برآمده از توانایی‌های نظریه ذهن نیست و ریشه آن باید در جایی دیگر جستجو شود. بانگرس به یافته پژوهش کنونی پیشنهاد می‌شود برای دستیابی به پیامد بهتر و پایدارتر در برنامه‌ریزی درمان و

اطمینان از پاسخ به هر تصویر را نیز به عنوان شاخص های بررسی در نظر گرفت که در این پژوهش به آن پرداخته نشد از سویی ابزار RMET تنها سازه هیجان را در نظریه ذهن مورد سنجش قرار می دهد و این یک تنگنای ماهیتی در این پژوهش بود از این روی در پایان پیشنهاد می شود پژوهش هایی در آینده با حجم نمونه بیشتر و نمونه گیری تصادفی با ابزارهایی که همه سویه های این سازه شامل شناخت و هیجان را پوشش می دهد انجام شود. در پایان از همکاری همدلانه مدیریت محترم و همه اعضاء دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی و همچنین شرکت کنندگان بسیار محترم که بدون یاری ایشان انجام پژوهش کنونی امکان پذیر نبود، صمیمانه سپاسگزاری می شود.

طرح های مداخله ای بدون سنجش اولیه درمانگری بر پایه ذهن- آگاهی که ریشه در نظریه ذهنیت ناموفق دارد با دقت بیشتری بکار گرفته شود و تنها به دلیل تشخیص اختلال شخصیت مرزی کمبود در نظریه ذهن در درمانجویان پیش فرض قرار نگیرد. در این پژوهش سعی شد کلیه امکانات و توانایی های در دسترس بکار گرفته شد و برای بالابردن کیفیت آن تمام تلاش و پشتکار به کار گرفته شد با این همه پژوهش کنونی محدودیت هایی دارد. اگرچه تعداد نمونه بکار گرفته شده در این پژوهش بانگرس به ماهیت آن و پژوهش های پیشین کافی بود ولی حجم نمونه بیشتر توانایی بالابردن آن را داشت. همچنین روش نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شد که از کیفیت پژوهش کاسته است. در آزمون ذهن خوانی به کمک تصویر چشم می توان سویه های گوناگون دیگری از جمله زمان تاخیر در پاسخ و میزان

References

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. American Psychiatric A, American Psychiatric Association DSMTF, editors. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
2. Hakimnia M, Rafezi Z. How confusing an assessment might be? a case study in borderline personality disorder. *The Journal Of Psychological Science*. 2021;20(98):259-68.
3. Paris J. Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(6):223.
4. Temes CM, Zanarini MC. Recent developments in psychosocial interventions for borderline personality disorder. *F1000Res*. 2019;8(FResearch):Rev-561.
5. Vest NA, Tragesser S, Treatment. Coping motives mediate the relationship between borderline personality features and alcohol, cannabis, and prescription opioid use disorder symptomatology in a substance use disorder treatment sample. *Personal Disord*. 2020;11(3):230.
6. D'Agostino A, Rossi Monti M, Starcevic V. Models of borderline personality disorder: recent advances and new perspectives. *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31(1):57-62.
7. Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav Brain Sci*. 1978;1(4):515-26.
8. Doherty M. *Theory of mind: How children understand others' thoughts and feelings*: psychology press; 2008.
9. Gunderson JG, Fruzzetti A, Unruh B, Choi-Kain L. Competing theories of borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2018;32(2):148-67.
10. Unoka ZS, Fogd D, Seres I, Kéri S, Csukly G. Early maladaptive schema-related impairment and co-occurring current major depressive episode-related enhancement of mental state decoding ability in borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2015;29(2):145-62.
11. Goueli T, Nasreldin M, Madbouly N, Dziobek I, Farouk M. Social cognition in adolescent females with borderline personality traits. *Psychol Psychother*. 2020;93(4):739-53.
12. de Nooijer JA, Willems RM. What can we learn about cognition from studying handedness? Insights from cognitive neuroscience. *Laterality in Sports*: Elsevier; 2016. p. 135-53.
13. Cyrkot T, Szczepanowski R, Jankowiak-Siuda K, Gawęda Ł, Cichoń E, Neuroscience C. Mindreading and metacognition patterns in patients with borderline personality disorder: experimental study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2021:1-10.
14. Arntz A, Bernstein D, Oorschot M, Schobre P. Theory of mind in borderline and cluster-C personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(11):801-7.
15. Baez S, Marengo J, Perez A, Huepe D, Font FG, Rial V, et al. Theory of mind and its relationship with executive functions and emotion recognition in borderline personality disorder. *J Neuropsychol*. 2015;9(2):203-18.
16. Preißler S, Dziobek I, Ritter K, Heekeren HR, Roepke S. Social cognition in borderline personality disorder: evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Frontiers Research Foundation*. 2010;4:182.

17. Schilling L, Wingenfeld K, Löwe B, Moritz S, Terfehr K, Köther U, et al. Normal mind-reading capacity but higher response confidence in borderline personality disorder patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66(4):322-7.
18. Frick C, Lang S, Kotchoubey B, Sieswerda S, Dinu-Biringer R, Berger M, et al. Hypersensitivity in borderline personality disorder during mindreading. *PLoS One*. 2012;7(8):e41650. .
19. Normann-Eide E, Antonsen BrT, Kvarstein EH, Pedersen G, Vaskinn A, Wilberg T. Are impairments in theory of mind specific to borderline personality disorder? *J Pers Disord*. 2020;34(6):827-41.
20. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis II Personality Disorders (SCID-II),(Version 2.0). New York: Biometrics Research Department; 1994.
21. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and Feasibility of The Persian Version of The Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID) *Advances in Cognitive Sciences*. 2004;6(1):10-22.
22. Kaviani H, Mousavi A S. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI) *Tehran University Medical Journal*. 2008;66(2):136-40. [in Persian]
23. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani NJD. Psychometric properties of a Persian- language version of the Beck Depression Inventory- Second edition: BDI- II- PERSIAN. *Depress Anxiety*. 2005;21(4):185-92.
24. Derogatis LR, Fitzpatrick M. The SCL-90-R, the brief symptom inventory (BSI), and the BSI-18. 2004. [in Persian]
25. Derogatis L. SCL-90-R: self-report symptom inventory. CIPS: Internationale Skalen für die Psychiatrie. 1986.
26. Modabernia MJ, Shojaie Tehranie H, Falahi M, Faghirpour M. Normalizing SCL-90-R Inventory in Guilan High-School Students *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2010;19(75):58-65. [in Persian]
27. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(2):241-51.
28. Harkness K, Sabbagh M, Jacobson J, Chowdrey N, Chen T. Enhanced accuracy of mental state decoding in dysphoric college students. *Cogn Emot*. 2005;19(7):999-1025.
29. Nejati V, Zabihzadeh A, Maleki G, Mohseni M. Social cognitive impairment in patients with major depression: Evidence from Reading the Mind in the Eye Test. *J Appl Psychol*. 2012;6(4):57-70. [in Persian]
30. Blum N, Pfohl B, John DS, Monahan P, Black DW. STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Compr Psychiatry*. 2002;43(4):301-10.
31. Azizi MR, Mohammadsadeghi H, Alavi K, Rasoulilian M, Karimzad N, Ardebili ME. Validity and reliability of Persian translation of the Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST) questionnaire. *Med J Islam Repub Iran*. 2019;33:133.
32. Tabachnick BG, Fidell LS, Bacon. *Using multivariate statistics*. 5th edn ed. Boston: AllynBacon; 2007.
33. Nejati V, Zabihzadeh A, Maleki G, Tehranchi A. Mind reading and mindfulness deficits in patients with major depression disorder. *Procedia Soc Behav Sci* 2012;32:431-7.

*Original Article***Theory of mind: A comparison between clients with borderline personality disorder and healthy individuals**

Received: 16/07/2021 - Accepted: 06/12/2021

Mahmoud Hakimnia¹
Zohreh Rafezi ^{*2}
Mahdi Moeini ²

¹ Department of Clinical Psychology,
Allameh Tabataba'i University, Tehran,
Iran.

² Assistant Professor, Department of
Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i
University, Tehran, Iran.

*Corresponding author: Department of
Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i
University, Tehran, Iran.

Email: rafezi.zohreh@atu.ac.ir

Abstract

Introduction: The theory of failed mentalization, one of the major theories in the conceptualization of borderline personality disorder, knows the individual deficit in various aspects of the constructs of the theory of mind as the core psychopathology and explains the emergence, evolution, and manifestation of symptoms based on it. However, there is no consensus in the research on this theory. The present study aimed to compare the theory of mind in borderline personality disorder with healthy individuals.

Method: This descriptive study followed a causal-comparative research design. The literate adults living in Tehran province made up the statistical population of the study. Two groups, including individuals with borderline personality disorder (n=15) and healthy individuals (n=15), were selected using convenience sampling. Research findings were obtained through the Structured Clinical Interviews (SCID-II) (1994), the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (1994), Beck Depression Inventory (BDI-II) (1961), Beck Anxiety Inventory (1990), and Baron-Cohen's Reading the Mind in the Eye Test (2001). The data were then analyzed by one-way multivariate analysis of variance.

Results: The findings showed no significant difference in the ability of the theory of mind between the members of the clinical group with borderline personality disorder and the healthy group ($p \leq 0.05$).

Conclusion: There is still no complete consensus on the lack of ability of theory of mind in borderline personality disorder, and the mere diagnosis of this disorder does not reflect the lack of this ability in patients. Thus, the initial assessments and the selection of treatment methods based on the theory of mind need more attention in this disorder.

Keywords: Failed mentalization, borderline personality disorder, mindreading, theory of mind

conflict of interest: There is no conflict of interest.