

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر آشفتگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۲۵

خلاصه

مقدمه و هدف: مشکلات مربوط به حوزه شخصیت از مهم‌ترین مشکلات اجتماعی و پزشکی است. متخصصان بهداشت روان، روان‌پزشکان و جامعه‌شناسان به این مشکلات توجه جدی نشان داده‌اند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر آشفتگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در دوره دوم متوسطه شهر اصفهان مشغول به تحصیل بوده و به دلیل علائم اختلال شخصیت مرزی به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش ارجاع داده شده بودند. در این پژوهش تعداد ۳۲ نوجوان دارای علائم شخصیت مرزی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۶ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۶ نوجوان در گروه گواه). نوجوانان حاضر در گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی سازی را طی هشت هفته در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (BPDQ)، پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی (PDQ) و پرسشنامه نارسایی هیجانی (AQ) استفاده شد. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS²³ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر آشفتگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی تأثیر معنادار دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر ذهنی سازی با بکارگیری تمرین ذهنیت‌سازی از طریق تقویت صمیمیت، اعتماد، همدلی و درک در گروه و خانواده، تمرین درک افکار و احساس‌های خود و دیگران، شناخت و مقابله با نشانه‌های اضطراب و افسردگی می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت کاهش آشفتگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: شخصیت مرزی، آشفتگی روان‌شناختی، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، نارسایی

هیجانی

نگار بکریان^{۱*}

مریم نوروزی^۱

سپهیل برمکی^۱

مونس حیدری^۱

عسل قربانی^۱

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران.

نویسنده مسئول: نگار بکریان، دانشجوی کارشناسی

ارشد گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و مشاوره، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران.

Email: negar.bk2772@gmail.com

مقدمه

نوجوانی^۱، مرحله‌ای حیاتی از رشد است که با تغییرات عمیق زیستی، شناختی، عاطفی و اجتماعی همراه می‌باشد. در این دوره، فرد با چالش‌های متعددی از جمله شکل‌دهی هویت مستقل، افزایش انتظارات اجتماعی و فشار همسالان روبرو است. ظرفیت‌های شناختی مانند تفکر انتزاعی و برنامه‌ریزی بلندمدت در حال تکامل است و روابط بین فردی، به ویژه با والدین و همسالان، از حساسیت و اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار می‌گردد (دیو^۲ و همکاران، ۲۰۲۶). این گذار طبیعی، نوجوان را در معرض آسیب‌پذیری بیشتری برای بروز اختلالات روانی قرار می‌دهد، چرا که منابع مقابله‌ای او ممکن است با سرعت لازم در برابر این طوفان تغییرات رشد نیابند. بنابراین، درک بافت پیچیده رشد نوجوانی، شرط لازم برای فهم بروز و تظاهر مشکلاتی مانند افسردگی است (گائو و گائو^۳، ۲۰۲۴). نوجوان در این مرحله، به دنبال یافتن پاسخی برای سوالات اساسی درباره هویت، معنا و جایگاه خود در شبکه پیچیده روابط اجتماعی است. این جستجو، امری طبیعی و ضروری برای رشد تلقی می‌شود، اما زمانی که عوامل آسیب‌زا، چه درونی و چه بیرونی، این مسیر را مختل کنند، می‌تواند به جای رشد، به میدان بروز آشفتگی‌های جدی روان‌شناختی تبدیل شود. در میان این آشفتگی‌ها، مجموعه‌ای از نشانه‌ها وجود دارد که از الگوی بادوام و نافذ پیروی می‌کنند و می‌توانند زنگ خطری برای شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی^۴ در نوجوانان باشند (رامستاد^۵ و همکاران، ۲۰۲۶).

اختلال شخصیت مرزی در نوجوانی، صرفاً یک برجسب تشخیصی نیست، بلکه توصیف‌کننده جهانی درونی آکنده از طوفان‌های هیجانی غیرقابل پیش‌بینی، ترس عمیق از رها شدن، و تصویری متزلزل و آشفته از خویش است. این نوجوانان اغلب در دریایی از احساسات متضاد غرق می‌شوند، به گونه‌ای که عشق و خشم، آرمان‌گرایی و بی‌ارزش‌پنداری، در فاصله‌ای کوتاه جایگزین یکدیگر می‌شوند (چن^۶ و همکاران، ۲۰۲۶). روابط بین فردی آنها نیز از این بی‌ثباتی تاثیر می‌پذیرد و به الگوهای آشفته، شدید و ناپایداری تبدیل می‌شود که خود، بر آشفتگی هیجانی می‌افزاید. این حالت ناپایداری فراگیر، تحمل هیجان‌ات منفی را برای فرد بسیار دشوار می‌سازد و او را در

جستجوی راه‌هایی برای فرار از این فشار غیرقابل تحمل، به سمت رفتارهای تکانشی و مخرب سوق می‌دهد (کرایز-آیسجو^۷ و همکاران، ۲۰۲۵).

در نوجوانان با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی، نارسایی هیجانی^۸ (ناتوانی در شناسایی^۹، توصیف^{۱۰} و پردازش هیجان‌ها^{۱۱}) به عنوان یک نقص زیربنایی، نقش اساسی در تشدید و تداوم آسیب‌پذیری روانی ایفا می‌کند. این ناتوانی در پردازش و تمایز هیجان‌ات، تجربه‌ی طوفان‌های عاطفی را به وضعیتی هراس‌آور و غیرقابل درک تبدیل می‌کند، به گونه‌ای که فرد قادر به شناسایی دقیق احساس خود نبوده و تنها از فشار آشفته‌ای درونی رنج می‌برد (دهبان و رحیمی، ۱۳۹۹). نارسایی هیجانی یک ساختار شخصیتی است که با ناتوانی اساسی در پردازش و تنظیم هیجان‌ات شناخته می‌شود. افراد مبتلا در شناسایی، تمایز‌گذاری و نام‌گذاری احساسات خود دچار مشکل هستند و اغلب حالت‌های هیجانی پیچیده را به صورت احساسات مبهم جسمانی یا آشفتگی کلی تجربه می‌کنند (مانسینی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۵). این افراد در بیان احساسات خود به دیگران نیز ناتوان بوده و فاقد واژگان هیجانی غنی هستند. سبک تفکر آنان بیشتر عینی و متمرکز بر جزئیات بیرونی است تا دنیای درونی و ذهنی. در نتیجه، هیجان‌ات به جای اینکه به عنوان سیگنال‌های اطلاعاتی پردازش شوند، به صورت پریشانی‌های غیرقابل تفسیر تجربه شده و فرد را به سمت راهبردهای ناسازگاری مانند رفتارهای تکانشی برای تسکین سوق می‌دهند (لیو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴).

در نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی، آشفتگی روان‌شناختی^{۱۴} عمیق و فراگیر، به عنوان هسته مرکزی تجربه ذهنی آنان عمل می‌کند. این آشفتگی، که خود حاصل تعامل آسیب‌پذیری‌های زیستی با محیط‌های ناسازگار اولیه است، در قالب طوفان‌های هیجانی غیرقابل تحمل، بی‌ثباتی هویتی و ترس فلج‌کننده از رها شدن متجلی می‌شود (بچی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۶). آسیب‌های روانی و رفتاری در این بافت، نه تنها یک علامت، بلکه یک راهبرد ناکارآمد اما ضروری برای مقابله با این آشفتگی غیرقابل تحمل تلقی

7. Cruz-Ausejo

8. alexithymia

9. inability to identify

10. describe

11. Emotions process

12. Mancini

13. Liu

14. Psychological distress

15. Bechi

1. Adolescence

2. Du

3. Gao, Gao

4. borderline personality disorder

5. Ramstad

6. Chen

خصوص در چرخه تحول دلبستگی به دست می‌آید و به عنوان زیربنای رفتارهای آشکار از آن نام برده می‌شود (سیمونسن و همکاران، ۲۰۲۲). هدف این درمان شکل‌دهی ظرفیت ذهنی‌سازی از مسیر رابطه‌های درمانی و گسترش ظرفیت درمان‌جو برای بازشناسی افکار، احساس‌ها و هیجان‌هایی است که تجربه می‌کند (هاسچیلد و همکاران، ۲۰۲۳).

در خصوص ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت اختلال شخصیت مرزی، این عارضه ناتوان‌ساز از شایع‌ترین و مقاوم‌ترین اختلالات شخصیت به حساب می‌آید که در حال حاضر به دلیل ماهیت آشفته‌ساز، شیوع فراوان و پیچیدگی‌های ماهیتی و همچنین هزینه‌های گزاف مراقبتی مورد توجه پژوهشگران بسیاری در این حوزه است. ما با روند رو به رشد اختلال شخصیت مرزی در جوامع کنونی روبرو هستیم، گرچه مطالعات تجربی گسترده منتشر شده‌ای، در این باره در جامعه ما وجود ندارد اما مشاهدات بالینی بسیاری از روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی خبر از افزایش شیوع اختلال شخصیت مرزی در جامعه ما می‌دهند (چن و همکاران، ۲۰۲۶). شیوع اختلال شخصیت مرزی تقریباً ۲ درصد در جمعیت عمومی، ۱۰ درصد بیماران سرپایی روان‌پزشکی و ۲۰ درصد بیماران بستری روان‌پزشکی است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، دست کم در دو زمینه که بالقوه آسیب‌زننده هستند، تکانشگری نشان می‌دهند، آنها ممکن است قمار کنند، بدون ملاحظه ولیخرجی یا پرخوری داشته باشند، سوء مصرف مواد، رابطه جنسی نابهنجار و به گونه‌ای داشتن رفتارهای پرخطر در رانندگی، از دیگر مشکلات آنهاست که تمامی این بحران‌ها را در روابط بین فردی، تنظیم هیجان‌ها، نوسان‌های خلقی و سایر رفتارهای خود ویرانگر تجربه می‌کنند. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب موجب فرسودگی نزدیکان، دوستان، همکاران و افراد خانواده خود می‌شوند و احتمال این هم وجود دارد که موجب القای بیماری خود به اطرافیان‌شان گردند (کرایز - آیسجو و همکاران، ۲۰۲۵). این فرایند و ویژگی‌های نشانگر آن است که اگر با بکارگیری مداخلات روان‌شناختی کارآمد نسبت به بهبود وضعیت روان‌شناختی و هیجانی این نوجوانان اقدامی صورت نپذیرد، آسیب آنان به خود و دیگران فزونی یافته و آسیب‌های بیشتری را در پی دارد. بنابراین با توجه به موضوعات و تحقیقات بیان شده در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در جهت کاستن مشکلات رفتاری، شناختی، هیجانی و روانی افراد و از سوی دیگر با توجه به خلاء پژوهشی موجود به علت عدم وجود تحقیقات مشابه، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی

می‌گردد. این رفتارها به‌طور پارادوکسیکال هم تلاشی برای تنظیم هیجان و خروج از حالت کرختی هیجانی هستند و هم راهی برای ابراز و عینیت بخشیدن به درد روانی‌ای که بیان آن در قالب کلمات ناممکن به نظر می‌رسد (دیفنباچ^۱ و همکاران، ۲۰۲۶). بنابراین، یک چرخه معیوب تقویت‌کننده شکل می‌گیرد (بیللو^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). در این چارچوب، **آشفته‌گی روان‌شناختی** به عنوان حالتی از پریشانی درونی گسترده تعریف می‌شود که سیستم‌های شناختی (افکار آشفته)، هیجانی (هیجان‌ات شدید و متغیر) و تنظیم رفتاری (تکانشگری) فرد را به شدت تحت تأثیر قرار داده و عملکرد یکپارچه او را مختل می‌سازد (کای^۳ و همکاران، ۲۰۲۵).

تاکنون روش‌های درمانی زیادی برای نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی به کار گرفته نشده است. یکی از روش‌های درمانی جدید که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی^۴ است کارآیی آن در پژوهش شمس و همکاران (۱۴۰۱)؛ عالی ساری نصیرلو و همکاران (۱۴۰۲)؛ غفاری چراتی و همکاران (۱۴۰۲)؛ محمدی کمرسخ و همکاران (۱۴۰۳)؛ مالبرگ^۵ (۲۰۲۱)؛ پولنای^۶ و همکاران (۲۰۲۱)؛ یورگنسن^۷ و همکاران (۲۰۲۱)؛ سیمونسن^۸ و همکاران (۲۰۲۲) و هاسچیلد^۹ و همکاران (۲۰۲۳)؛ مهاجرین^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۵)؛ یورگنسن^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۵) و فراندسن^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۵) تایید شده است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به عنوان شاخه‌ای از روان‌درمانی روان‌پویشی به شمار می‌رود که نخستین بار توسط بتمن و فوناگی^{۱۳} (۲۰۱۶)؛ به نقل از بتمن و همکاران، ۲۰۱۸) تدوین و معرفی شد. این درمان دو مفهوم اصلی و بنیادی را در خود جای داده است. نخست نظریه دلبستگی بالبی و دوم ذهنی‌سازی. ظرفیت ذهنی‌سازی که به عنوان یک کارکرد بازتابی از آن نام برده می‌شود، را می‌توان در قالب مهارت ادراک حالات ذهنی خود و دیگران مفهوم‌پردازی نمود. این فرایند از طریق شکل‌گیری روابط بین‌فردی در زمان کودکی به

1. Diefenbach

2. Bilello

3. Cai

4. Treatment Based on Mentalization

5. Malberg

6. Polnay

7. Jørgensen

8. Simonsen

9. Hauschild

10. Mohajerin

11. Jørgensen

12. Frandsen

13. Batman, Fonagy

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر آشفتگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی بود.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در دوره دوم متوسطه شهر اصفهان مشغول به تحصیل بوده و به دلیل علائم اختلال شخصیت مرزی به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آموزش و پرورش ارجاع داده شده بودند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که یک ناحیه از نواحی شش‌گانه شهر اصفهان (آموزش و پرورش ناحیه ۶) انتخاب و با مراجعه به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی آنان، نوجوانانی که با علائم اختلال شخصیت مرزی به این مراکز ارجاع داده شده و توسط روان‌شناس بالینی این مراکز دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس به این نوجوانان، پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی ارائه شد تا بدین وسیله از وجود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در نزد این نوجوانان اطمینان حاصل گردد. بدین صورت که نوجوانانی که نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (نمره برش پرسشنامه) به دست آوردند، به عنوان نوجوانی قلمداد شدند که دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بودند. علاوه بر این، این نوجوانان مورد مصاحبه بالینی بر اساس پنج‌مین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نیز قرار گرفتند. سپس از بین نوجوانانی که با پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی، دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شدند (نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی)، تعداد ۴۰ نوجوان را به ترتیب نمره کسب شده در پرسشنامه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ نوجوان در گروه آزمایش و ۲۰ نوجوان در گروه گواه). جهت مشخص کردن تعداد حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power استفاده شد که تعداد نمونه حاضر در هر گروه ۲۰ نفر تعیین شد. میزان خطا نیز ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۰/۹۵ در نظر گرفته شده است. اندازه اثر نیز ۰/۹۹ به دست آمد. سپس نوجوانان حاضر در گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را در طی هشت هفته دریافت نمودند. این در حالی بود که نوجوانان حاضر در گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند. پس از اتمام جلسات

پس‌آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحله پیگیری اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۴ نوجوان در آزمایش و ۴ نوجوان در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند و تعداد ۳۲ نوجوان در پژوهش باقی ماندند (۱۶ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۶ نوجوان در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی، داشتن سن ۱۹-۱۵ سال، حضور در دوره دوم متوسطه، رضایت نوجوان جهت شرکت در پژوهش، نداشتن اختلال شخصیت همپود (با توجه به نتایج مصاحبه بالینی)، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان و عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در طی شش ماه اخیر بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش، وقوع حادثه پیش‌بینی نشده موثر و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پس‌آزمون یا پیگیری بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (BPDQ): پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی توسط لیشسنرنگ^۱ (۱۹۹۹) به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده و به صورت بلی (نمره ۱) / خیر (نمره صفر) جواب داده می‌شود. این پرسشنامه ۵۱ ماده‌ای است. دامنه نمرات پرسشنامه بین صفر تا ۵۷ است. کسب نمره بالاتر از ۲۸ در این پرسشنامه بیانگر وجود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در فرد است. لیشسنرنگ (۱۹۹۹) در پژوهش خود نشان داد همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این آزمون در حد رضایت‌بخش قرار دارد، به شکلی که آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱ بود. هم‌چنین وی روایی تمیزی و تشخیصی این مقیاس را پرسشنامه گزارش نمود (لیشسنرنگ، ۱۹۹۹). در پژوهش محمدزاده و رضائی (۱۳۹۰) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. روایی همزمان با ضریب ۰/۷۰ همبستگی سوالات با کل پرسشنامه با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ و سه نوع اعتبار بازآزمایی، دونیمه‌سازی و همسانی درونی به ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ بدست آمد. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شد.

1. Borderline Personality Disorder Questionnaire

2. Leichsenring

دست آمد. همچنین این پژوهشگران میزان روایی سازه پرسشنامه را مطلوب و به میزان ۰/۸۶ گزارش کردند (صباغی و مهدی‌زادگان، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی آموزش و پرورش ناحیه منتخب (ناحیه ۶) انجام و مجوز انجام پژوهش در آن مرکز دریافت شد. سپس نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی جهت شرکت در پژوهش مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس با رضایت کتبی از این نوجوانان و گمارش تصادفی آنان در گروه‌های آزمایش و گواه (۲۰ نوجوان در گروه آزمایش و ۲۰ نوجوان در گروه گواه)، پرسشنامه‌های پژوهش اجرا شد. در نهایت، نوجوانان حاضر در گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه در طول هشت هفته دریافت نمودند، در حالی که نوجوانان حاضر در گروه گواه مداخلات درمانی را دریافت نکردند. پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. پروتکل درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مربوط به بتمن و فوناگی (۲۰۱۶) است که در پژوهش عینی و نریمانی (۱۳۹۸) مورد استفاده و کارآیی آن تایید شده است. پس از ریزش ۳۶ نفر در پژوهش باقی ماندند. پس از شروع مداخله تعداد ۴ نوجوان در آزمایش و ۴ نوجوان در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند و تعداد ۳۲ نوجوان در پژوهش باقی ماندند (۱۶ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۶ نوجوان در گروه گواه). به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی و والدین آنان برای شرکت در برنامه مداخله دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل مداخله اطلاع یافتند. علاوه بر این، به نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، مداخله را دریافت خواهند کرد. همچنین به نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی حاضر در هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد بود و نیازی به ذکر نام نیست.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

جلسات	خلاصه جلسه
اول	توضیح جلسه‌ها، اهداف و سیر درمان، تعهد در درمان، طرح مسئله، روشن‌سازی مسئله، تشخیص نشانه‌های اختلال و سواس فکری و عملی و میزان شدت نشانه‌ها، بررسی ظرفیت

پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی (PDQ): پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی توسط کسلر^۲ و همکاران (۲۰۰۲) به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شده است. پاسخ سؤالات، به صورت ۵ گزینه‌ای تمام اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۳، بعضی اوقات = ۲، به ندرت = ۱ و هیچ وقت = ۰ است که بین ۴-۰ نمره گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. این پرسشنامه دارای ارتباط قوی با پرسشنامه تشخیص بیماری‌های خلقی و اضطرابی است. افزون بر آن، پرسشنامه آشفتگی روان‌شناختی کسلر دارای حساسیت و ویژگی مناسبی برای غربالگری افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی می‌باشد (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات دیگر نیز حاکی از معتبر بودن این پرسشنامه برای مطالعات غربالگری و شناسایی اختلالات روانی است (گرین و کاراکا^۳، ۲۰۱۰). کاربرد این پرسشنامه بر روی جمعیت نوجوانان نیز تایید شده است (واسیلیادیس^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). چنانکه واسیلیادیس و همکاران (۲۰۱۵) پایایی و روایی محتوایی این پرسشنامه را قابل قبول گزارش کرده‌اند. یعقوبی (۱۳۹۴) نیز در ایران در پژوهشی پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده اند. همچنین این پژوهشگر روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده است. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

پرسشنامه نارسایی هیجانی (AQ): پرسشنامه نارسایی هیجانی توسط بگبی، پارکر و تیلور^۶ (۱۹۹۴) ساخته و دارای ۲۰ سوال است. نحوه نمره‌گذاری به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده نارسایی هیجانی بیشتر است. هر چه افراد نمراتشان در این پرسشنامه بیشتر باشد نشان‌دهنده شدت بیشتر نارسایی هیجانی است. بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) با بررسی روایی محتوایی این پرسشنامه گزارش کردند که پرسشنامه مورد استفاده از روایی محتوایی مناسبی برخوردار بوده و میزان آن ۰/۹۱ است. همچنین آنان میزان پایایی پرسشنامه را نیز با بهره بردن از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش نمودند (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴). پایایی این پرسشنامه در پژوهش صباغی و مهدی‌زادگان (۱۳۹۸) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به

1. Psychological Distress Questionnaire

2. Kessler

3. Green, Karraki

4. Vasiliadis

5. Alexitimia Questionnaire

6. Bagby, Parker, Taylor

موقعیت‌های چالش‌انگیز. ایجاد تعادل بین جنبه‌های مختلف ذهنی مثل خودکار و کنترل شده، عاطفه و شناخت، خود و دیگران. تقویت حمایت خانوادگی و بین فردی مبتنی بر ذهنی‌سازی و نزدیکی عاطفی.

هشتم برنامه‌ریزی برای حفظ ذهنی‌سازی و تحریک توانبخشی و تغییر، تقویت توانایی‌های روان‌شناختی برای بهره‌گیری از ظرفیت ذهنی‌سازی، تحریک زندگی غنی و مؤثر، تقویت مهارت‌های تفسیری و شنیداری پیشرفته و اعتقاد به تغییرپذیری.

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپرو ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه) برای بررسی فرضیه کروی داده‌های تحقیق از آنالیز مویلی (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج آماری با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که نوجوانان حاضر در پژوهش دارای دامنه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال بودند که در گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌آموزان $11/2 \pm$ و در گروه گواه $12/15 \pm$ سال بود. میانگین و انحراف استاندارد آشفتگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی در جدول ۲ ارائه شده است.

ذهنی‌سازی با بررسی ذهنیت خودکار، تحریک‌پذیری، فشار و استرس. بررسی نقاط قوت ذهنی‌سازی و آسیب‌پذیری و زمینه‌های احساسی و بین فردی که در آن مشکلات ذهنی‌سازی ظاهر می‌شوند.

دوم بازسازی، وساطت، امید، مشارکت، آموزش مهارت‌ها و نگرش‌های درگیر در ذهنی‌سازی مانند کنجکاوی، پذیرا بودن، وساطت و امید، تقویت انعطاف‌پذیری و مقابله با استرس.

سوم اصلاح نشانه‌های آسیب‌هیجانی و روانی از طریق آموزش مهارت‌های مقابله با درگیری و احساس‌های آسیب‌پذیر، مقابله با ذهنیت خودکار، تمرین مدیریت سازگاران هیجان‌های کنترل‌ناپذیر.

چهارم حفظ و نگهداری اتحاد، همکاری و ذهنی‌سازی شخص، خانواده و گروه، بررسی عملکرد خانوادگی، شناسایی عوامل استرس‌زا در خانواده و توانایی ذهنی‌سازی خانواده در ارتباط با وضع عاطفی با به چالش کشیدن آن، تمرین ذهنی‌سازی از طریق تقویت صمیمیت، اعتماد، همدلی، حمایت و درک در گروه و خانواده.

پنجم مدیریت شکست ذهنی‌سازی و انتقال متقابل، تمرین درک افکار و احساس‌های خود و خانواده و دیگران. شناخت و مقابله با نشانه‌های اضطراب و افسردگی، اکتشاف تجربه درمان جو در روابط فعلی با درمانگر، تشخیص احساس‌ها و افکار و تعامل‌های مرتبط با این احساس‌ها، مشارکت درمانگر در ایجاد یک دیدگاه جایگزین ناشی از رابطه درمانی.

ششم یکپارچه‌سازی دیدگاه شخص، خانواده و گروه، افزایش ظرفیت ارتباطی باز و پذیرا بودن نسبت به دیدگاه دیگران، علاقه و احترام به افکار و احساس‌های دیگران، تمایل به کشف و تمایل نداشتن به پیش‌بینی یا پیشگیری از تعصب درباره آنچه دیگران فکر یا احساس می‌کنند. آگاهی از تأثیر افکار، احساس‌ها و اعمال شخص بر دیگران.

هفتم تمرین ذهنی‌سازی با به چالش کشیدن اوضاع عاطفی و بین فردی، ایجاد ذهنی‌سازی موفق با درگیر کردن ذهن فرد در

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد آشفتگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی در دو گروه آزمایش و گواه

مرحله پیگیری	مرحله پس‌آزمون		مرحله پیش‌آزمون		گروه‌ها	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۳/۶۵	۱۹/۸۱	۴/۲۵	۱۸/۷۵	۴/۷۱	۲۶/۴۳	گروه آزمایش
۳/۶۴	۲۷/۸۷	۴/۴۶	۲۸/۱۸	۴/۲۱	۲۷/۳۷	گروه گواه
۶/۸۴	۵۷/۸۱	۷/۴۹	۶۵/۷۵	۸/۵۵	۶۵/۰۶	گروه آزمایش
۷/۳۳	۶۶/۱۸	۷/۴۵	۶۵/۸۷	۷/۳۳	۶۴/۷۵	گروه گواه

نارسایی هیجانی ($F=0/13$; $P=0/20$) برقرار است. همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که یافته مربوط به آن نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در آشفستگی روان‌شناختی ($F=0/23$; $P=0/52$) و نارسایی هیجانی ($F=0/25$; $P=0/63$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در آشفستگی روان‌شناختی ($Mauchlys W=0/94$; $P=0/54$) و نارسایی هیجانی ($Mauchlys W=0/92$; $P=0/33$) رعایت شده است.

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان آشفستگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی که در گروه آزمایش حضور داشته، در اثر دریافت درمان مبتنی بر ذهنی سازی نسبت به گروه گواه کاهش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در آشفستگی روان‌شناختی ($F=0/12$; $P=0/20$) و

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
زمان	۲۲۷/۵۸	۲	۱۱۳/۷۹	۳۴/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
عضویت گروهی	۹۰۶/۵۱	۱	۹۰۶/۵۱	۱۹/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰	۱
تعامل زمان و گروه	۳۳۳/۰۸	۲	۱۶۶/۶۵	۴۹/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱
خطا	۲۰۰/۶۶	۶۰	۳/۳۴				
نارسایی هیجانی	۲۳۲/۸۹	۲	۱۱۶/۴۴	۱۷/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	۱
عضویت گروهی	۷۸۷/۷۶	۱	۷۸۷/۷۶	۱۸/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۱
تعامل زمان و گروه	۴۴۰/۲۷	۲	۲۲۰/۱۳	۳۳/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
خطا	۳۹۶/۱۶	۶۰	۶/۶۰				

مبتنی بر ذهنی‌سازی) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر آشفستگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۶۳ و ۵۰ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. جهت بررسی کفایت حجم نمونه نیز توان آماری ۱۰۰ درصدی نشانگر آن بود که دقت آماری و کافی بودن حجم نمونه در این پژوهش و نتایج وجود دارد. جدول ۴ نشان دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) با بهره‌گیری از آزمون تعقیبی یونفرنی است.

نتایج حاصل جدول شماره ۳ بیانگر آن بود که عامل زمان یا مراحل ارزیابی (پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری) توانسته اثر معناداری بر نمرات آشفستگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی داشته و به ترتیب ۵۳ و ۳۷ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات آشفستگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی را تبیین می‌کند. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) یا نوع درمان دریافتی هم بر آشفستگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۴۰ و ۳۶ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج نشان داد که نوع درمان دریافتی (درمان

جدول ۴. تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
آشفستگی	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۴۳	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱
روان‌شناختی	پیش آزمون	پیگیری	۳/۰۶	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱

۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	-۳/۴۳	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
۰/۳۷	۰/۲۴	-۰/۳۷	پیگیری		
۰/۰۰۰۱	۰/۸۲	۳/۵۹	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	نارسایی هیجانی
۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۲/۹۰	پیگیری		
۰/۰۰۰۱	۰/۸۲	-۳/۵۹	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
۰/۰۹	۰/۲۷	-۰/۶۸	پیگیری		

ذهنی‌سازی گروهی با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین مراجع و درمانگر، تجربه مراجع را در این مورد که او تنها نیست، افزایش می‌دهد و نشان می‌دهد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویایی هیجانات مفید باشد. به عبارت دیگر تمرکز بیشتر به 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 زمینه‌ای از دل‌بستگی که به طور معمول باعث از دست رفتن ذهنی‌سازی می‌شود، پرداخته شود که این خود می‌تواند باعث افزایش تعاملات اجتماعی و در نتیجه کاهش آشفتگی روان‌شناختی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی شود. در تبیینی دیگر می‌توان چنین اشاره کرد که از لحاظ عدم تعادل در ابعاد ذهنی‌سازی، افکار، هیجانات و دل‌بستگی اجتناب‌گرایانه بر قطب خودکار بعد خودکار - کنترل شده، تأکید دارد. حال اگر نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی تأمل کافی در مورد تأثیر اعمال خود بر روی دیگران با خودشان نداشته باشند، رفتارهای مبتنی بر دل‌بستگی اجتناب‌گرایانه حاصل و شدت خواهد گرفته و تعاملات اجتماعی آنان به عنان بخشی مهم از سلامت روانی آنان کاهش می‌یابد. حال درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی از طریق روش‌های همدلانه، شفاف‌سازی عاطفه کنونی و تمرکز عاطفی باعث کاهش حالات غیر ذهنی‌ساز و ایجاد تعادل بین ابعاد ذهنی‌سازی می‌شود. این در حالی است که این درمان، درمانگر را به عنوان یک منبع قابل اعتماد دانش معرفی می‌کند که ظرفیت باطل کردن باورهای پیشین سخت‌گیرانه درباره خود و دیگران و کاهش دادن تجارب مراجع از رفتارهای اجتماع‌گریز را دارد. در نتیجه درک بهتر موقعیت اجتماعی از طریق ذهنی‌سازی بهبود یافته و موجب درک بهتر افراد مهم در زندگی فرد شده که به نوبه خود پتانسیلی را برای نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی به وجود می‌آورد تا به پاسخ‌های اجتماعی حساس توجه کرده و احساس درک شدن به آنان دست دهد. این روند باعث می‌شود تا نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی بتوانند پاسخ‌های عاطفی، احساسی و روانی دیگران را در کنش‌های اجتماعی درک نموده و از این طریق تلاش می‌نمایند که با برقراری و گسترش دامنه ارتباطات اجتماعی خود،

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ حاکی از آن است که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (آشفتگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با ابتدای پژوهش (مرحله پیش‌آزمون) تفاوت دارد. بدان معنا که مداخله به کار گرفته شده در این پژوهش (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی) میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (آشفتگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی) را در دو مرحله پس از مداخله (پس‌آزمون و پیگیری) نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش معنادار داده است. اما این تغییرات در مقایسه مراحل پس‌آزمون با پیگیری وجود ندارد. چرا که اثر مداخله توانسته ماندگار باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر آشفتگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر آشفتگی روان‌شناختی و نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی تأثیر معنادار داشته است. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر آشفتگی روان‌شناختی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی با نتایج پژوهش‌های پیشین همسویی داشت. چنانکه قبری، نظیری و امیدوار (۱۴۰۱) نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به بهبود همدمی کودکان مبتلا به اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی شده است. در پژوهش‌های خارجی نیز پیچیتا و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی منجر به بهبود مهارت‌های هیجانی نوجوانان بیمار می‌شود.

در تبیین احتمالی یافته حاضر مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر آشفتگی روان‌شناختی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی می‌توان گفت جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، با بکارگیری هیجانات مثبت در رابطه با خود و دیگران، تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خود و دیگران، خودتنظیمی احساسات و همچنین ارائه روش‌های آرمیدگی می‌تواند به کاهش رفتار، افکار و شناخت‌های اجتنابی منجر شود (شمس و همکاران، ۱۴۰۱). جلسات درمان مبتنی بر

درونی و قدرت مقابله‌ای در نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی که بر اثر اضطراب حاصل از اختلال وسواس فکری و عملی زائل شده، با ادراک بالاتر مهارت درون و بین فردی همراه است که زمینه را برای تبادل هیجانی فراهم می‌سازد. در تبیینی دیگر می‌بایست به نقش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در تقویت حمایت خانوادگی و بین فردی و ایجاد نزدیکی عاطفی اشاره نمود. چرا که این درمان قادر است با افزایش توان ذهنیت‌سازی، نزدیکی عاطفی و هیجانی افراد خانواده را فراهم نموده و سبب شود تا کیفیت ارتباط آنان نیز با هم افزایش یابد. نتیجه چنین روندی باعث می‌شود تا نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی احساس قرابت هیجانی بیشتری با اعضای خانواده خود ادراک نموده و بتوانند پردازش‌های هیجانی خود را با آنان به اشتراک گذارند. بروز و ابرازگری هیجانی نیز به شکل طبیعی منجر به کاهش نارسایی هیجانی در نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی می‌گردد.

دامنه محدود پژوهش به نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی مراجعه کننده به مرکز مشاوره و خدمات روان شناختی آموزش و پرورش ناحیه شش اصفهان، عدم کنترل متغیرهای محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر آشفتگی روان شناختی و نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی و عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در شهرها و مناطق و جوامع با فرهنگ‌های مختلف، دیگر گروه‌های سنی، سایر اختلالات روان شناختی مانند نوجوانان مبتلا به اختلال بدتنظیمی هیجانی، اختلال رفتار درونی‌سازی و برونی‌سازی شده و مهار عوامل ذکر شده اجرا گردد. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر آشفتگی روان شناختی و نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی، پیشنهاد می‌شود در سطح عملی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تهیه برشور و کتابچه‌های علمی به مشاوران، کارشناسان مراکز مشاوره ارائه شود تا با استفاده از محتوای این مداخله در جهت کاهش آشفتگی روان شناختی و کاهش نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی گام‌های عملی بردارند.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سلامت روانی بالاتری را تجربه نموده و از میزان آشفتگی روان شناختی آنان نیز کاسته شود.

یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر نارسایی هیجانی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی، با نتایج پژوهش‌های پیشین همسویی داشت. چنانکه کریمی و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند که الگوی مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کیفیت روابط خانواده و رفتار آسیب به خود در نوجوانان دختر اثر دارد. از طرفی لاوانتر، واترز و هابسون (۲۰۲۳) هم گزارش کردند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (از طرف والدین) بر کاهش معنادار مشکلات رفتاری و روانی فرزندان اثر دارد. علاوه بر این یافته پژوهش حاضر با کاوش مالبرگ (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان والدین دارای کودکان مبتلا به اتیسم همسو بود.

در تبیین احتمالی یافته دوم، می‌توان بیان کرد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی یک موضع ندانستن را به درمانجویان ارائه می‌دهد که پایه‌ای برای کاوش دیدگاه فرد است؛ یعنی با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین بیمار و درمانگر تجربه بیمار در این مورد که او تنها نیست، افزایش می‌یابد و نشان می‌دهد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویا بودن افکار ذهنی و هیجانی آنان مفید باشد (بتمن و فوناکا، ۲۰۱۶). بنابراین درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند با ایجاد اشتراک شناختی و هیجانی باعث کاهش بیگانگی در فرد شود که این روند ابرازگری هیجانی در نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی تسهیل می‌کند. تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان، زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی بتوانند تعامل بین فردی سازگارانه‌تر و بیشتری را با اعضای خانواده و دوستان خود برقرار نموده و بر این اساس ابرازگری هیجانی بیشتری را نیز از خود نشان داده و از این طریق، میزان نارسایی هیجانی آنان نیز کاهش یابد. علاوه بر این باید اشاره نمود که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی سبب می‌شود تا افراد آموزش دیده به ذهنیت‌سازی موفق در جهت درگیر شدن ذهن در موقعیت‌های چالش‌انگیز محیطی، شناختی و هیجانی دست یابند (پیچیاتا و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس چنین آموزش و ایجاد مهارت و توانایی نوجوانان دارای علائم شخصیت مرزی می‌آموزند که از موقعیت‌های چالش‌برانگیز محیطی، شناختی و هیجانی فرار نکرده و با بهره‌گیری از تاب‌آوری و تحمل روانی با این شرایط مواجه شوند. افزایش توان

منابع

- دهبان، ش.، و رحیمی، ج. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر تنظیم هیجان بر ناگویی خلقی و اجتناب تجربی در بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد با همبودی اختلال شخصیت مرزی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۶(۳)، ۷-۲۲.
- شمس، س.، قلیچ‌خان، ن.، یوسفی، ن.، علیجانی، س. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پوشی فشرده کوتاه مدت و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بدتنظیمی هیجانی، مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های دلبستگی ناایمن در زنان دارای تجربه ترومای خیانت زناشویی. *روان‌پرستاری*، ۱۰(۱)، ۱۰۶-۱۲۱.
- صباعی، سمیه.، مهدی زادگان، ایران. (۱۳۹۹). مقایسه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی‌سازی شده و دانش‌آموزان عادی. *فصلنامه علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۰)، ۷۶۵-۷۷۲.
- عالی ساری نصیرلو، ک.، نادری، ف.، همائی، ر.، و مکوندی، ب. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر عاطفه خودآگاه و کیفیت زندگی در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال رشد ذهنی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۴(۴)، ۳۰۰-۲۸۵.
- غفاری چراتی، م.، محمدی پور، م.، عزیزی، ع. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی ذهنی‌سازی بر دشواری تنظیم هیجانی و پرخاشگری نوجوانان دختر افسرده. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷۸-۱۶۹.
- محمدزاده، ع.، رضایی، ا. (۱۳۹۰). اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت مرزی در جامعه ایرانی. *مجله علوم رفتاری*، ۵(۳)، ۲۷۷-۲۶۹.
- محمدی کمرسخ، ع.، ستوده‌اصل، ن.، و مهرافزون، د. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر پریشانی روان‌شناختی و ناگویایی هیجانی نوجوانان دختر مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۲۰(۴)، ۴۱-۵۶.
- یعقوبی، ح. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-۱۰). *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۴)، ۴۵-۵۷.

- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 21, 44-49.
- Bechi, M., Brüne, M., Agostoni, G., Bortolla, R., Bongiorno, M.V., Spada, G., Ceresi, M., Rosini, A., Sforzini, L., Bosia, M., Cavallaro, R., Flasbeck, V. (2026). Disentangling empathy for psychological and physical pain in borderline personality disorder: the interplay with clinical features and emotional competence. *The European Journal of Psychiatry*, 40(1), 1003-1007.
- Bilello, D., Townsend, P.E., Broome, P.M.R., Armstrong, G., Heyes, S.B. (2024). Friendships and peer relationships and self-harm ideation and behaviour among young people: a systematic review and narrative synthesis. *The Lancet Psychiatry*, 11(8), 633-657.
- Cai, P., Feng, J., Li, X., Hadfield, K. (2025). Social capital, psychological resilience, and psychological distress in Chinese university students: A cross-sectional survey. *Acta Psychologica*, 261, 1059-1063.
- Chen, L., Cheng, L., Hsu, J., Chen, L., Tu, P., Bai, Y., Tsai, S., Chen, M. (2026). Functional dysconnectivity in triple and reward networks among adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 392, 1201-1205.
- Cruz-Ausejo, L., Rojas-Ortega, A., Valdivieso-Jiménez, G., Copez-Lonzoy, A., Matayoshi, A., Pacheco-Mendoza, J., Benites-Zapata, V.A. (2025). A systematic review of neurobiological aspects of borderline personality disorder among adolescent patients. *Biomarkers in Neuropsychiatry*, 12, 1001-1005.
- Diefenbach, G.J., Hord, C.M., Rudd, M.D., Tolin, D.F. (2026). Acute effects of inpatient brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention on non-suicidal self-injury: Exploring the association with improved distress tolerance. *Journal of Affective Disorders*, 400, 1211-1215.
- Du, R., Zhao, S., Zhang, X., Li, W., Ma, Y., Zhang, Y., Zhang, Z., Yu, Y., Wang, Y., Yang, K., Wang, Z., Cai, H. (2026). Efficacy and safety of lower dose electroconvulsive therapy for major depression in adolescents with suicide ideation: A non-inferiority randomized controlled trial in China. *Journal of Affective Disorders*, 393, 1203-1207.
- Frandsen, F.W., Talia, A., Poulsen, S., Falkenström, F., Sørensen, P., Bateman, A., & Simonsen, S. (2025). Is Mentalization-based therapy securely attached? A conceptual and case-based comparison of discourse markers of attachment and MBT interventions. *Nordic Psychology*, 117, 1-20.
- Gao, J., Gao, L. (2024). A meta-analysis of prospective cohort studies on screen time and the risk of depression in adolescents. *Acta Psychologica*, 251, 1045-1049.
- Hauschild, S., Kasper, L., Volkert, J., Sobanski, E., Taubner, S. (2023). Mentalization-based treatment for adolescents with conduct disorder (MBT-CD): a feasibility study. *European Children and Adolescent Psychiatry*, 32, 2611-2622.

- Jørgensen, M.S., Storebø, O.J., Bo, S., Poulsen, S., Gondan, M., Beck, E., Chanen, A.M., Bateman, A., Pedersen, J., Simonsen, E. (2021). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with Borderline Personality Disorder: 3- and 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *European Children and Adolescent Psychiatry*, 30, 699–710.
- Jørgensen, M.S., Høgenhaug, S.S., Sharp, C., Bo, S. (2025). Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder: State-Of-The-Science and Future Directions. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 32(4), 701-705.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the borderline personality inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45-63.
- Liu, Y., Qiu, Z. & Van Den Wildenberg, W.P. (2024). Alexithymia and internet gaming disorder: The mediating role of internalizing and externalizing problems. *Current Psychology*, 43, 10567–1057-1061.
- Malberg, N.T. (2021). Working with Autistic Children and their Families from a Mentalization Based Therapy for Children (MBT-C) Approach. *Psychoanalytic Perspectives*, 18(1), 22-42.
- Mancini, V.O., Ditzer, J., Brett, J.D. Gross, J.J., Preece, D.A. (2025). Internalizing Symptoms in Men: The Role of Masculine Norms, Alexithymia, and Emotion Regulation. *Sex Roles*, 91, 71-75.
- Mohajerin, B., Gallagher, M.W., Howard, R. (2025). Unified Protocol vs Mentalization-Based Therapy for Adolescents With Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 32(1), 700-704.
- Polnay, A., McIntosh, L.G., Burnett, A., Williams, A., Cahill, C., Wilkinson, P., Mohammad, F., Patrick, J. (2021). Examining the factor structure, reliability, and validity of the main outcome measure used in mentalization-based therapy skills training. *Health Science Reports*, 4(1), 245-254.
- Ramstad, C.G., Graff, C., Bo, S., Sharp, C., Jørgensen, M.S., Beck, E., Simonsen, E., Storebø, O.J. (2026). *Exploring borderline personality features in adolescents: which features best predict borderline personality disorder. Journal of Psychiatric Research*, 192, 390-395.
- Simonsen, S., Popolo, R., Juul, S., Frandsen, F.W., Sørensen, P., Dimaggio, G. (2022). Treating Avoidant Personality Disorder With Combined Individual Metacognitive Interpersonal and Group Mentalization-Based Treatment: A Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 26, 213-219.
- Vasiliadis, H.M., Chudzinski, V., Gontijo-Guerra, S., Prévile, M. (2015). Screening instruments for a population of older adults: The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatry Research*, 228(1), 89-94.

Original Article

The Effectiveness of Treatment Based on Mentalization on Psychological Distress and Alexitimia in Adolescents with Symptoms of Borderline Personality

Received: 10/05/2025 - Accepted: 16/09/2025

Negar Bekrian^{1*}
Maryam Nourozi¹
Soheil Barmaki¹
Mones Heydari¹
Asal Ghorbani¹

¹ *Ma student in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran.*

Corresponding Author: Negar Bekrian, Ma student in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran.

Email:
M.zafarpour.1376@gmail.com

Abstract

Introduction and purpose: Personality-related issues can be considered among the most challenging social and medical problems. This category of problems has received special attention from mental health professionals, psychiatrists, and sociologists. According to this the present study was conducted to investigate the effectiveness of treatment based on mentalization on psychological distress and alexitimia in adolescents with symptoms of borderline personality.

Methodology: The current study was a semi-experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the study included adolescents with symptoms of borderline personality who were studying in the second year of high school in Isfahan in the academic year 2023-2024 and were referred to counseling centers and psychological services of education due to symptoms of borderline personality. In this research, 32 adolescent with symptoms of borderline personality were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (16 adolescent in the experimental group and 16 adolescent in the control group). The adolescents in the experimental group received the treatment based on mentalization during eight weeks in eight 90-minute sessions. Borderline Personality Disorder Questionnaire (BPDQ), Psychological Distress Questionnaire (PDQ) and Alexitimia Questionnaire (AQ) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software.

Finding: The results showed that treatment based on mentalization has significant effect on the psychological distress and alexitimia in the adolescents with symptoms of borderline personality.

Conclusion: Based on the findings of the research, it can be concluded that the treatment based on mentalization by applying mentalization exercises through strengthening intimacy, trust, empathy and understanding in the group and family, practicing understanding the thoughts and feelings of oneself and others, recognizing and dealing with the symptoms of anxiety and depression. It can be used as an efficient method to reduce the psychological distress and alexitimia of adolescents with symptoms of borderline personality.

Keywords: Alexitimia, Borderline Personality, Psychological Distress, Treatment Based On Mentalization