



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تربت جام
مجله تحقیق و توسعه سلامت
دوره ۳، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴



اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر ابعاد تحمل ناکامی در نوجوانان مبتلا به نشانگان شخصیت مرزی: مطالعه ای نیمه تجربی

فاطمه ایزدی (MSc)^۱، علیرضا پگاه (MSc)^۲، غلامرضا طالبی (PhD)^{۳*}

مقاله پژوهشی

چکیده

سابقه و هدف: ظرفیت تحمل ناکامی در دوره حساس نوجوانی در صورت همراهی با ابتلا به نشانگان شخصیت مرزی، می تواند با پیامدهای مخرب فردی، خانوادگی، اجتماعی و حفظ و تشدید نشانگان همراه شود. براین اساس پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر ابعاد تحمل ناکامی در نوجوانان دارای نشانگان شخصیت مرزی انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری سه ماهه همراه با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل تمامی نوجوانان دارای نشانگان شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز خدمات بهداشت روان شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود. از این جامعه، تعداد ۳۴ نفر بر اساس روش نمونه گیری هدفمند و براساس ملاک های ورود انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) تخصیص داده شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از مقیاس شخصیت مرزی کلریدج و بروکس و پرسشنامه تحمل ناکامی هارینگتون. گروه آزمایش طی ۲۰ جلسه، با تواتر دو جلسه در هفته، مداخله درمان مبتنی بر ذهنی سازی را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش 10.6 ± 1.41 بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی موجب بهبود معنادار در ابعاد مختلف عدم تحمل ناکامی شامل عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت و عدم تحمل بی عدالتی شد ($P < 0.05$). اندازه اثر مداخله در این ابعاد به ترتیب $0.53/7$ ، $0.57/2$ ، $0.50/9$ ، $0.57/5$ بود که نشان دهنده اثر متوسط مداخله است. این تأثیرات در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماند.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی سازی باعث بهبود معنادار ابعاد مختلف عدم تحمل ناکامی در نوجوانان دارای نشانگان شخصیت مرزی شد و این اثرات در پیگیری نیز پایدار ماند. بنابراین، این روش می تواند به عنوان یک مداخله مؤثر برای ارتقای تحمل ناکامی در این نوجوانان مورد استفاده متخصصان سلامت روان قرار گیرد.

*نویسنده مسئول: غلامرضا طالبی E-mail: rezatalebi@iaui.ac.ir تلفن: ۰۹۰۲۴۵۴۹۸۱۸

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۳. استادیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۴

اصلاح: ۱۴۰۴/۰۸/۰۴

دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۰۳

مقدمه

اختلالات شخصیت^۱، به عنوان مجموعه‌ای از الگوهای مزمن و غیرقابل انعطاف در نحوه تفکر، احساس و رفتار که از هنجارهای فرهنگی انحراف دارند و بر عملکرد فردی و اجتماعی اثرات منفی می‌گذارد، تعریف می‌شود. در این میان، اختلال شخصیت مرزی^۲ به دلیل پیچیدگی علائم و عواقب مخربی که بر زندگی فردی و اجتماعی دارد؛ توجه ویژه محققان و متخصصان بهداشت روان را به خود جلب کرده است (۱). براساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی اختلالات روانی^۳، اختلال شخصیت مرزی با الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین فردی، ضعف خودپنداره و عواطف همراه با تکانش‌گری قابل توجه مشخص می‌شود و در زمینه‌های مختلف زندگی نمود پیدا می‌کند (۲). بررسی‌ها نشان می‌دهد، این اختلال عواقب فردی و اجتماعی متناهی را به همراه دارد؛ از جمله نرخ بالای خودکشی (تا ۱۰ درصد) نشان‌دهنده جدی بودن این اختلال است. علاوه بر این، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مصرف‌کنندگان گسترده خدمات درمانی محسوب می‌شوند و اغلب پس از پایان درمان اولیه، مجدداً به دوره‌های درمانی باز می‌گردند که این امر بار اقتصادی قابل توجهی بر سیستم‌های بهداشتی و خانواده تحمیل می‌کند (۱). مطالعات جهانی نشان می‌دهند، شیوع این اختلال در جمعیت عمومی بزرگسالان ۰/۷ تا ۲/۷ درصد مادام‌العمر و تقریباً ۱/۶ درصد نشانگان مقطعی است. در جمعیت نوجوانان، یافته‌های شیوع‌شناسی متفاوت‌تری ارائه شده است. مطالعات بین‌المللی شیوع اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان را حدود یک تا سه درصد در جمعیت عمومی گزارش کرده‌اند. چنان‌که نرخ شیوع ۴/۲ درصد در سن ۱۲ سالگی به ۹ درصد در سن ۱۴ سالگی افزایش می‌یابد. همچنین در محیط‌های درمانی، اختلال شخصیت مرزی شایع‌ترین اختلال شخصیت در افراد زیر ۱۸ سال است که بین ۲۳/۶ تا ۲۴/۱ درصد از نوجوانان تحت درمان روانپزشکی را تشکیل می‌دهد (۳). با وجود مطالعات محدود شیوع‌شناسی اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان ایرانی،

برخی از آمارها بیان‌گر ۰/۹ تا ۲۶/۶ درصد شیوع علائم شخصیت مرزی در نوجوانان دبیرستانی است (۴). از این رو با توجه به آمارهای مرتبط با جمعیت بالینی نوجوانان و اهمیت ویژه‌ای که این دوره تحولی در مراحل بعدی زندگی افراد تا بزرگسالی دارد؛ تاکنون مطالعات گسترده‌ای در سبب‌شناسی و علائم همبسته با شکل‌گیری این اختلال و تشدید نشانگان آن انجام گرفته است. در همین راستا مطالعات نشان می‌دهد، یکی از مهم‌ترین عوامل نگهدارنده و تشدیدکننده اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان تحمل ناکامی^۴ است (۵). تحمل ناکامی که در واقع به‌تولنایی فرد در مدیریت و پذیرش شکست، تأخیر در ارضای نیازها و مواجهه با موانع بدون تجربه آشفتگی هیجانی اشاره دارد (۶). براساس نظریه عقلانی-عاطفی رفتاری^۵، یک فرآیند فراشناختی است که در آن فرد پیش از هر چیزی باور به عدم تحمل رویدادها یا شکست در ارضای نیازها و خواسته‌ها دارد. از این رو این مفهوم به عنوان یکی از باورهای غیرمنطقی اصلی در نظر گرفته می‌شود که منجر به اختلالات روان‌شناختی و مسدود شدن اهداف اصلاحی می‌گردد (۷). لذا عدم تحمل ناکامی به عنوان مفهومی چندبعدی مطرح می‌شود که پژوهش‌های تجربی چهار بعد اصلی را برای آن بیان می‌کنند (۸). بعد عدم تحمل عاطفی که به‌باور درباره عدم تحمل‌پذیری پریشانی عاطفی و ضرورت حذف سریع آن اشاره دارد (نمی‌توانم تحمل کنم که چنین احساسی داشته باشم)؛ که با اضطراب ارتباط نزدیکی دارد و منجر به اجتناب از تجربیات عاطفی می‌شود. بعد عدم تحمل ناراحتی که شامل باور به این‌که زندگی باید آسان، راحت و بدون مشکل باشد (نیاز دارم که آسان‌ترین راه حل مشکلات را پیدا کنم)؛ با افسردگی و تمایل به کنار گذاشتن کارها مرتبط است. بعد عدم تحمل اهداف پیشرفت که به‌باور درباره عدم تحمل بازداشته شدن از دستیابی به اهداف و عدم تحمل تأخیر در ارضای نیازها اشاره دارد (نمی‌توانم تحمل کنم که از رسیدن به پتانسیل و خواسته‌های کامل خود باز بمانم) و با تمامیت‌خواهی در دستیابی اهداف و مستقل از ارزش‌گذاری و مهار ایگو، ارتباط

^۴ frustration tolerance

^۵ rational emotive behavioral theory

^۱ personality disorders

^۲ borderline personality disorder

^۳ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

دارد. در نهایت بعد عدم تحمل بی عدالتی، شامل باور به برآورده شدن خواسته های فرد و عدم ممانعت دیگران در این امر می شود (نمی توانم تحمل کنم که مردم برخلاف خواسته هایم عمل کنند)؛ که با خشم و رفتارهای پر خاشگری ارتباط نزدیکی دارد (۹). در مجموع می توان گفت این سازه روانشناختی از برهم کنش هریک از ابعاد آن در مشکلات هیجانی و رفتاری نوجوانان با اختلال مرزی نمود می کند؛ بنابراین عدم تحمل ناکامی در این جمعیت بالینی پیامد شکل گیری یا تقویت هر یک از این ابعاد است که مفروض آن نوع روابط اولیه والد-کودک و محیط تحولی نوجوانان است. از سوی دیگر مطالعات نشان می دهد، عدم تحمل ناکامی به طور مستقل و فراتر از سایر عوامل، با مشکلات هیجانی رفتاری مرتبط است. چنان که در اختلال شخصیت مرزی، تحمل ناکامی پایین نقش تعدیل کننده ای در رابطه بین عاطفه منفی و علائم اختلال شخصیت مرزی ایفا می کند. به بیان دیگر، افرادی که تحمل ناکامی پایینی دارند، در معرض خطر بالاتری برای بروز علائم اختلال شخصیت مرزی قرار دارد (۹، ۱۰). شواهد نظری مبتنی بر پژوهش های گسترده نشان می دهد، سازه عدم تحمل ناکامی و ابعاد آن را می توان بر اساس نظریه ذهنی سازی^۶ مفهوم سازی نمود. نظریه ای جامع که رابطه معکوس بین عدم تحمل ناکامی و ظرفیت ذهنی سازی را بررسی و الگوهای اصلاحی آن را مطرح می کند (۱۱). ظرفیت ذهنی سازی به عنوان توانایی در نظرگیری حالات ذهنی خود و دیگران، از جمله احساسات، تمایلات، باورها و قصدها تعریف می شود و نقش مرکزی در تنظیم عاطفی ایفا می کند. این ظرفیت که از طریق تعاملات دلبستگی ایمن در دوران کودکی توسعه می یابد، برای پردازش استرس و مقابله با موقعیت های ناکام کننده ضروری است (۱۲). بر اساس این نظریه، هنگامی که ظرفیت ذهنی سازی در تعاملات تحت فشار قرار می گیرد، افراد وارد سه حالت پیش ذهنی سازی می شوند که با عدم تحمل ناکامی همراه است (۱۳). نخست حالت هم ارزی روانی^۷ است که در این حالت، افکار و

احساسات به صورت واقعیت تجربه می شوند و فرد قدرت در نظرگیری دیدگاه های جایگزین را از دست می دهد. این وضعیت منجر به عدم تحمل شدید موقعیت های ناکام کننده می شود زیرا ناکامی به صورت تهدیدی حقیقی و فوری ادراک می شود (ابعاد عدم تحمل عاطفی و ناراحتی). سپس حالت غایت شناختی^۸ است که در این حالت، درک حالات ذهنی خود و دیگری، تنها از طریق نتایج قابل مشاهده فیزیکی امکان پذیر است. افراد برای تنظیم عاطفی به اعمال فیزیکی متوسل می شوند که می تواند شامل رفتارهای خود آسیب رسان یا اجتناب از موقعیت های ناکام کننده باشد (ابعاد تاخیر در ارضای نیاز و اهداف). در نهایت حالت تظاهری^۹ است که در این حالت، افکار و احساسات از تجربه واقعی جدا می شوند. فرد ممکن است درباره افکار و احساسات خود و دیگران صحبت کند اما ارتباط واقعی با آن ها ندارد (بعد عدم تحمل بی عدالتی و افکار غیر منطقی)، که منجر به ناتوانی در مواجهه مؤثر با ناکامی می گردد (۱۴). در همین راستا مدل یکپارچه نظریه ذهنی سازی بیان می کند که در شرایط عادی، ذهنی سازی سالم امکان تفسیر انعطاف پذیر و مثبت موقعیت های ناکام کننده را فراهم می کند اما تحت استرس شدید یا در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ظرفیت ذهنی سازی کاهش یافته و حالات پیش ذهنی سازی فعال می شوند. فعال شدن حالات پیش ذهنی سازی منجر به کاهش تحمل ناکامی و افزایش حساسیت به استرس می گردد و در مرحله بعد عدم تحمل ناکامی به نوبه خود موجب تقویت حالات پیش ذهنی سازی و ایجاد چرخه معیوب می شود (۱۵). ادبیات پژوهشی نشان می دهد، درمان مبتنی بر ذهنی سازی به عنوان مداخله ای مؤثر برای افزایش تحمل ناکامی از طریق بهبود ظرفیت ذهنی سازی، شناسایی شده است. این درمان با تقویت اعتماد اجتماعی و بهبود تنظیم عاطفی، چرخه معیوب بین عدم تحمل ناکامی و ضعف ذهنی سازی را می شکند (۱۶). درمان مبتنی بر ذهنی سازی^{۱۰} که ریشه در نظریه دلبستگی و پژوهش های روان پویایی معاصر دارد، توسط فوناگی و بیتمن^{۱۱} توسعه یافت که بر توانایی درک

^۹ pretend mode

^{۱۰} Mentalization-Based Therapy (MBT)

^{۱۱} Bateman & Fonagy

^۶ theory of mentalization

^۷ psychic equivalence mode

^۸ teleological mode

حالات ذهنی خود و دیگران تمرکز دارد. از این‌رو مفهوم ذهنی‌سازی به‌فرآیند ذهنی که در آن فرد افکار، احساسات و قصدهای خود و دیگران را درک و تفسیر می‌کند، اشاره دارد. هدف اصلی درمان ذهنی‌سازی افزایش ظرفیت‌های شناختی فرد است که به او امکان تمایز بین حالات ذهنی خودکار و کنترل‌شده، خود ادراکی و ویژگی‌های درونی را می‌دهد (۱۷). نظریه ذهنی‌سازی بر این فرض استوار است که کمبود ظرفیت ذهنی‌سازی منجر به بروز اختلال شخصیت مرزی می‌شود. لذا این ظرفیت که یک کارکرد بازتابی تلقی می‌شود؛ اگرچه از طریق روابط بین فردی و محیطی، به‌ویژه روابط دلبستگی دوران کودکی، شکل می‌گیرد اما قابلیت اصلاح و بهبود را دارد (۱۸). پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد، شواهد قابل‌توجهی از اثربخشی این رویکرد در بهبود علائم اختلال شخصیت مرزی حمایت می‌کند. چنان‌که مروری نظام‌مند و فراتحلیل جدید که شامل ۶۱۲ شرکت‌کننده از ۱۴ مطالعه بود؛ نشان داد که درمان ذهنی‌سازی بزرگسالان و هم نسخه اقتباس‌یافته آن برای نوجوانان، تأثیرات امیدوارکننده‌ای در کاهش رفتارهای خودآزاری، علائم اختلال شخصیت مرزی و علائم افسردگی دارد (۱۹). در همین راستا مهاجرین و همکاران (۲۰) نیز در مطالعه روی ۹۱ نوجوان ایرانی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، اثربخشی ذهن‌سازی در کاهش علائم اصلی و فرعی اختلال شخصیت مرزی را مؤثر گزارش نمودند. مطالعه دیگری با ۴۶ شرکت‌کننده مبتلا به انواع مختلف اختلالات شخصیت نشان داد درمان ذهنی‌سازی با کاهش علائم روانپزشکی و بهبود عملکرد شخصیت، عملکرد اجتماعی و ظرفیت ذهنی‌سازی همراه است. نتایج این مطالعه در طی ۱۸ ماه درمان نشان داد که درمان ذهنی‌سازی ممکن است درمان مؤثری نه‌تنها در اختلال شخصیت مرزی بلکه برای طیف وسیعی از اختلالات شخصیت مطرح باشد (۲۱). همچنین مطالعات مقایسه‌ای اخیر نشان می‌دهند رفتار درمانی دیالکتیک و درمان ذهنی‌سازی در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی (تنظیم هیجان، تکانش‌گری، عزت‌نفس) به یک اندازه مؤثرند و هر دو درمان نسبت به گروه کنترل که تنها دارودرمانی دریافت می‌کرد، مؤثرتر و این بهبود تا دو ماه پس از مداخله

پایدار ماند (۲۲). در زمینه نوجوانان، مطالعه اصلی و اولیه روسوو و فونگی (۲۳) بر روی ۸۰ نوجوان که خودآزاری و افسردگی همزمان داشتند، نشان داد ذهنی‌سازی در مقایسه با درمان‌های معمول، در کاهش خودآزاری و افسردگی مؤثرتر (۴۴ درصد در مقابل ۱۷ درصد) است؛ این برتری از طریق بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی و کاهش اجتناب دلبستگی توضیح داده شد و منجر به مدیریت و بهبود علائم نوظهور اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان شد. با وجود شواهد قابل‌توجه در مورد اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر علائم کلی اختلال شخصیت مرزی، شکاف مهمی در ادبیات پژوهش در خصوص تأثیر مستقیم این درمان بر تحمل ناکامی و ابعاد مختلف آن وجود دارد. مرور جامع منابع موجود نشان می‌دهد با وجود اهمیت تحمل ناکامی در تداوم اختلال شخصیت مرزی و نقش محوری ذهنی‌سازی به‌عنوان مکانیسم تغییر، تاکنون پژوهشی به‌طور اختصاصی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را بر چهار بعد تحمل ناکامی در نوجوانان بررسی نکرده است (۲۴). این خلأ در جمعیت نوجوانان ایرانی برجسته‌تر است، زیرا بیشتر شواهد موجود در کشورهای غربی به‌دست آمده و تعمیم آن‌ها به بافت فرهنگی ایران نیازمند ارزیابی تجربی است. با توجه به پیامدهای جدی اختلال شخصیت مرزی در دوره نوجوانی و کمبود تحقیقات داخلی، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ابعاد چهارگانه تحمل ناکامی در نوجوانان ایرانی دارای نشانگان شخصیت مرزی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری کلیه نوجوانان با نشانگان شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خانه‌های بهداشت شهر اصفهان در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ بود. از جامعه مذکور تعداد ۳۴ نوجوان (برای هر گروه ۱۷ نفر)، به‌صورت هدفمند و مبتنی بر ملاک‌های ورود انتخاب شدند. باتوجه به احتمال ریزش آزمودنی‌ها، انتخاب کفایت حجم نمونه ۳۴ نفری برای هر گروه ۱۷ نفر، براساس توصیه کوهن^{۱۲} برای مطالعات آزمایشی که

¹² Cohen

هر گروه حداقل ۱۵ نفر است، لحاظ شد (شکل یک) (۲۵). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص نشانگان شخصیت مرزی مبتنی بر سوابق پرونده مداخلاتی نوجوانان و کسب نمره بالاتر از ۱۱ در پرسشنامه غربالگری مقیاس شخصیت مرزی (STB)؛ داشتن حداقل ۱۵ تا حداکثر ۱۸ سال سن؛ عدم استفاده همزمان سایر درمان‌های روانشناختی؛ عدم مصرف داروهای روانپزشکی از سه ماه قبل (گزارش نوجوانان و خانواده)؛ عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی (که مراجع به آن اذعان دارد) و عدم مصرف الکل و مواد مخدر ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه همکاری، عدم انجام تکالیف جلسات و غیبت بیش از دو جلسه بود. لازم به ذکر است در خلال پژوهش یک نفر از گروه آزمایش به دلیل غیبت بیش از دو جلسه و یک نفر از گروه کنترل به دلیل عدم تمایل به همکاری از روند پژوهش حذف شدند. به منظور اجرای پژوهش پس از کسب کد اخلاق و دریافت مجوز از دانشگاه و انجام هماهنگی و معرفی طرح پژوهشی به مراکز مشاوره و خانه‌های بهداشت شهر اصفهان و اعلان فراخوان به صورت پیامکی، از افراد جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. به منظور هم‌تاسازی گروهی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مورد توجه قرار گرفت. به این ترتیب از بین ۵۳ نفر ثبت‌نام کننده اولیه، تعداد ۳۴ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. سپس پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پیش‌آزمون بر روی افراد هر دو گروه اجرا شد.

اندازه‌گیری تحمل ناکامی

پرسشنامه تحمل ناکامی^{۱۳} توسط هارینگتون^{۱۴} ساخته شد که میزان تحمل ناکامی فرد را در رسیدن به اهداف می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۳۵ سؤال و ۴ خرده مقیاس عدم تحمل عاطفی (سؤالات ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۱۷، ۲۱، ۲۵)، عدم تحمل ناراحتی (سؤالات ۳، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۷)، عدم تحمل اهداف پیشرفت/رضای نیاز (سؤالات ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۴، ۲۸) و عدم تحمل بی‌عدالتی (سؤالات ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۶، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵) است که در طیف لیکرت

۵ درجه‌ای (از ۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. افزایش نمرات به معنای عدم تحمل ناکامی بیشتر است. سازنده پرسشنامه ضمن تأیید روایی آن، ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های این پرسشنامه را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ گزارش نمود (۲۶). در ایران نیز رحیمی و افشارنیا (۲۷) روایی پرسشنامه را به روش بررسی صاحب‌نظران (پنج نفر از اساتید و متخصصین بالینی) در مورد مربوط بودن سؤالات، واضح بودن و قابل فهم بودن و بررسی مناسب بودن سؤالات برای پرسش‌های تحقیقاتی مورد تأیید، گزارش کردند. همچنین پایایی پرسشنامه را به روش ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۴ گزارش نمودند. این پرسشنامه در پژوهش موسوی و همکاران (۲۵) برای دانش‌آموزان دوره متوسطه استفاده و پایایی آن ۰/۸۶ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد.

اندازه‌گیری نشانگان شخصیت مرزی (غربالگری)

مقیاس شخصیتی مرزی^{۱۵} در آکسفورد و بر اساس ملاک‌های DSM توسط کلاریدج و بروکس^{۱۶} ساخته شد (۲۸). که توسط راولینگز، کلاریدج و فریمن^{۱۷} مورد تجدید نظر قرار گرفت (۲۹). این پرسشنامه دارای ۲۲ سؤال به منظور ارزیابی اختلال شخصیت مرزی در ابعاد مختلف (عامل ناامیدی، عامل تکانش‌گری، عامل علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس) است. پرسشنامه به صورت بلی (۱) و خیر (۰) نمره‌گذاری می‌شود که سه مقیاس ناامیدی (سؤالات ۱ تا ۷)، تکانشگری (سؤالات ۸ تا ۱۶) و عامل علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس (سؤالات ۱۷ تا ۲۲) را می‌سنجد. سازندگان برای تشخیص‌گذاری اختلال شخصیت مرزی نقطه برش بالاتر از ۱۱ را تعیین نمودند. جکسون و کلاریج ضریب پایایی بازآزمایی را برای این مقیاس ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. همچنین، راولینگز و همکاران (۲۹) ضریب آلفای ۰/۸۱ را برای این مقیاس گزارش دادند. روایی همزمان این مقیاس با مقیاس‌های روان‌رنجورخویی و روان‌پریش‌گرایی در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شد. لازم به توضیح است در مطالعه حاضر، پرسشنامه به عنوان غربالگری افراد استفاده

¹⁶ Claridge & Broks

¹⁷ Rawlings, Claridge & Freeman

¹³ Frustration Discomfort Scale

¹⁴ Harrington

¹⁵ Borderline Personality scale

شد. پس از اجرای پیش‌آزمون بر روی هر دو گروه، جلسات مداخله ذهنی‌سازی برای افراد گروه آزمایش به مدت ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، به فراوانی دو بار در هفته بر اساس پروتکل بیتمن و فوناگی (۳۰) توسط پژوهشگر (نویسنده اول) و زیر نظر متخصص بالینی (نویسنده دوم) دارای سابقه اجرای درمان مورد نظر اجرا گردید. این پروتکل پیش از این در پژوهش عینی و نریمانی (۳۱) برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گرفته و روایی آن مورد تأیید بود. به‌منظور پیشگیری از ریزش در گروه‌های نمونه به اعضا اعلام شد حضور به‌موقع و همکاری مناسب آن‌ها با بسته‌های خدمات رایگان مشاوره بعد از اتمام پژوهش، توسط آموزش گر همراه است. در پایان جلسات درمانی، پرسشنامه‌های پژوهش به‌عنوان پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا و سه‌ماه بعد هر دو گروه به پرسشنامه‌ها به‌عنوان مرحله پیگیری پاسخ دادند. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در جدول ۱ ارائه شده‌است. پس از گردآوری داده‌ها توسط ابزارهای پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی جهت بررسی پیش فرض‌ها،

شاخص‌های مرکزی (محاسبه فراوانی، درصد، میانگین) و شاخص‌های پراکندگی (واریانس و انحراف معیار)؛ در آمار استنباطی جهت بررسی فرضیه، از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و آزمون تعقیبی بون‌فرونی در نرم افزار اسپاس اس نسخه ۲۶ استفاده شد. همچنین جهت بررسی رعایت پیش فرض‌های لازم برای استفاده از این روش آماری، برای نرمال بودن نمرات داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک^{۱۸}، بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین^{۱۹}، برابری واریانس متغیر وابسته از آزمون ام‌باکس^{۲۰} و برابری واریانس نمرات متغیر وابسته در دو گروه در سه مرحله اندازه‌گیری از آزمون ماچلی^{۲۱} استفاده شد. ملاحظات اخلاقی در پژوهش مبنی بر تمایل آگاهانه، برخورد با احترام بدون ایجاد رنجش برای شرکت‌کنندگان، مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای و کسب اعتماد، احترام به حقوق افراد و کرامت انسانی آن‌ها، (احترام به تنوع عقاید و باورها، در نظر گرفتن منافع عمومی، رازداری) و عدم تحریف اطلاعات و اجرای جلسات آموزشی برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش رعایت گردید.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان ذهنی‌سازی

جلسه	اهداف	محتوا
۱	بیان اهداف جلسات، تأکید بر حضور فعالانه اعضا، معرفی اعضای گروه	توضیح جنبه‌های خاص، ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوء تعبیرها از سوی درمانگر/توضیح در مورد روابط والد-فرزندی و اثرات آن/ ارائه تکلیف.
۲	شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب	آموزش ذهن‌خوانی خود و دیگران/ مشکلات تنظیم هیجان/ بی‌ثباتی هیجانی/ تکانشگری/ حساسیت بین‌فردی/ شفاف‌سازی تفسیرهای ناکامی/ ارائه تکلیف.
۳	هیجانات اصلی و اجتماعی/ هیجانات اولیه و ثانویه	آموزش و توصیف انواع هیجانات/ تفاوت‌های فردی در کنترل هیجانات/ رابطه هیجان و ناکامی/ ارائه تکلیف
۴	چگونگی مقابله با هیجانات و احساسات/ تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خود و دیگران	خودتنظیمی احساسات/ پیش‌ذهنی‌سازی/ احساسات غیرذهنی‌سازی/ مدیریت پیش‌ذهنی‌سازی/ آموزش روش‌های آرمیدگی/ ارائه تکلیف
۵	بررسی اهمیت روابط دلبستگی	آموزش الگوی دلبستگی/ اهرم‌های دلبستگی/ فقدان، ناکامی، دلبستگی/ ارائه تکلیف
۶	رابطه دلبستگی و ذهنی‌سازی	آموزش بررسی تعارضات دلبستگی/ ارائه تکلیف
۷	آموزش نشانگان اضطرابی	نشانگان اضطرابی چیست/ تشخیص زودهنگام/ ناکامی و اضطراب/ ارائه تکلیف

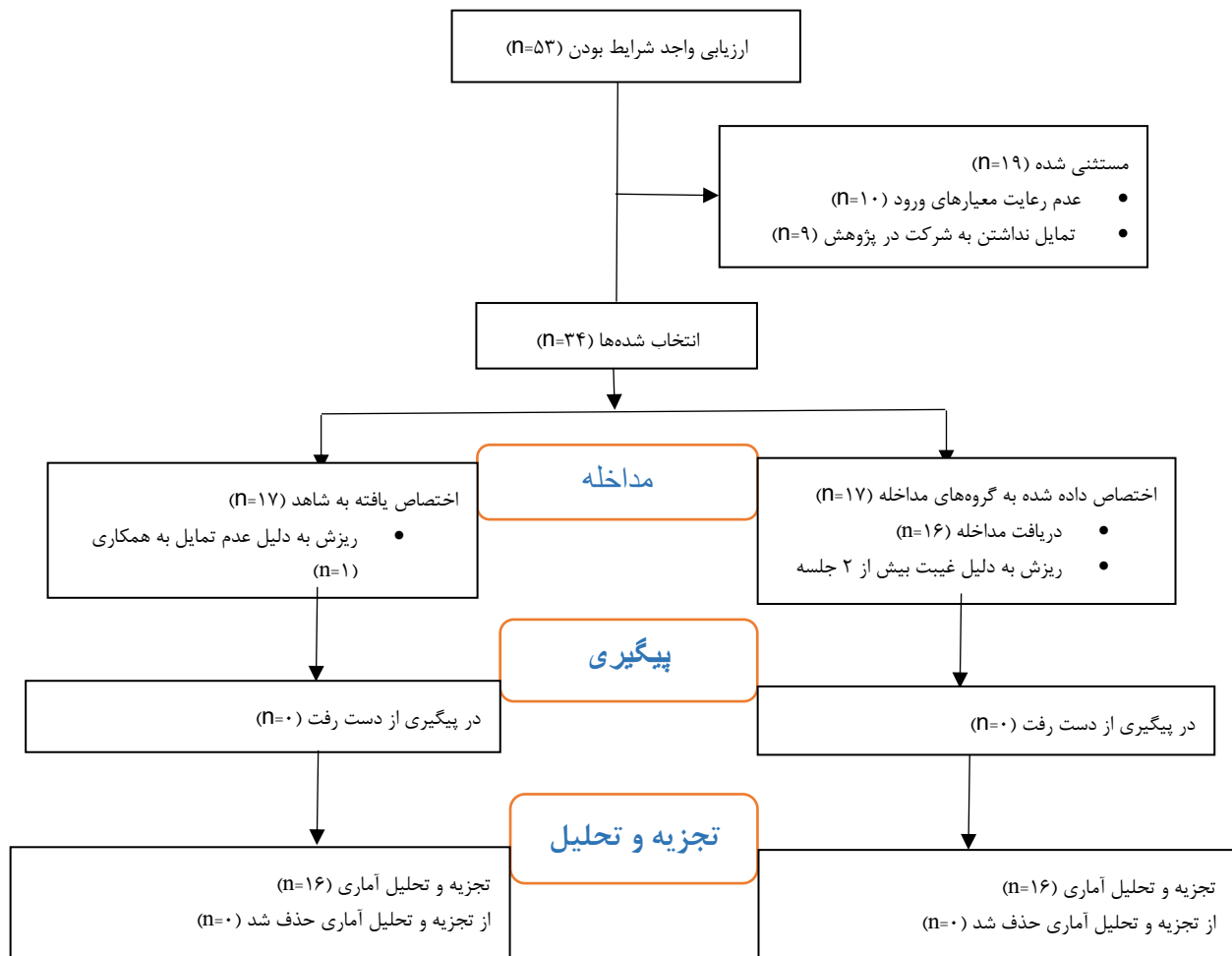
²⁰ M-box test

²¹ Machelli's test

¹⁸ Shapiro-Wilk test

¹⁹ Levin's test

۸	مشخصات و اهداف اختصاصی درمان ذهنی سازی	آموزش مشخصات و اهداف اختصاصی با تمرین سه مرحله ذهنی سازی/ تمرین گروهی ذهنی سازی/ ارائه تکلیف
۹	جنبه دلبستگی درمان ذهنی سازی	اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران، ایجاد روابط دلبستگی با درمانگر و اعضای گروه (تقویت روابط صمیمانه با درمانگر و اعضای گروه)، ارائه تکلیف.
۱۰	رابطه اضطراب و پیش ذهنی سازی	آموزش رابطه اضطراب، ترس، فرآیند پیش ذهنی سازی/ ثبت ارتباط ناکامی و اضطراب/ آموزش یاری به دیگری/ ارائه تکلیف
۱۱	افسردگی و ذهنی سازی	آموزش افسردگی، ناکامی، پیش ذهنی سازی/ بحث در مورد تفکرات و عوامل افسرده ساز/ ارائه تکلیف
۱۲	خلاصه و جمع بندی	بررسی گروهی آموزش های کاربردی/ گزارش تجربیات ثبت شده
۱۳	طرح بندی مشارکتی درمان	پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می خواهند بررسی کنند/ بررسی ریشه ها و پیامدها/ تأیید همدلانه
۱۴	شفاف سازی	آموزش تدوین مسئله، راهبرد، آزمودن راهبرد، اصلاح نتایج
۱۵	کاوش	بررسی مشکلات و ناکامی ها/ آموزش چالش ذهنی با ارضای فوری
۱۶	تحمل عاطفی	آموزش تحمل هیجانی/ شناسایی عاطفی مشکلات/ تمرکز عاطفی بر روی مشکل/ تمرین گروهی
۱۷	تسهیل اعتماد	آموزش اعتماد به روش ذهنی سازی/ تقویت علاقه به ذهنی سازی ارتباط/ تمرین ذهنی سازی خود
۱۹ و ۱۸	ذهنی سازی ارتباط با توجه به ردیاب های انتقال	آموزش ارتباط، ناکامی، ردیاب های اضطراب/ ارتباط پیش ذهنی سازی و علائم هشدار ارتباطی/ جایگزینی راهبردهای ارتباط
۲۰	آماده سازی برای پایان	مشارکت گروهی برای تدوین طرح زندگی/ تمرکز بر احساسات فقدان، ناکامی، کنترل در زمینه پایان درمان، ارتباط جلسات به زندگی.



شکل ۱. نمودار کانسورت درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر ابعاد تحمل ناکامی در نوجوانان دارای نشانگان شخصیت مرزی

یافته ها

نتایج بررسی متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد، میانگین سنی گروه آزمایش $1/06 \pm 16/41$ و در گروه کنترل $1/01 \pm 16/17$ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=0/435$ ، $p=0/514$) و همچنین در گروه درمان ذهنی سازی، ۱۱ نفر (معادل ۶۴/۷ درصد) دختر و ۶ نفر (معادل ۳۵/۳ درصد) پسر و در گروه کنترل ۱۰ نفر (معادل ۵۸/۸ درصد) دختر و ۷ نفر (معادل ۴۱/۲ درصد) پسر بودند که نتایج آزمون خی دو برای بررسی تفاوت متغیر جنسیت در دو گروه، حاکی از عدم تفاوت معنادار بود ($\chi^2=0/125$ ، $p=0/724$). یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش (جدول ۲)،

نشان داد، بین میانگین نمرات عدم تحمل ناکامی، اختلاف $26/36$ در کاهش میانگین نمرات گروه آزمایش از مرحله پیش آزمون به پس آزمون وجود دارد که این اختلاف کاهش نمرات میانگین برای هر یک از ابعاد تحمل ناکامی یعنی عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت و عدم تحمل بی عدالتی به ترتیب برابر با $5/58$ ، $5/83$ ، $5/24$ و $4/7$ بود؛ در حالی که در گروه کنترل تغییرات قابل توجهی وجود نداشت. به منظور بررسی فرضیه پژوهشی و قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر پیش فرض های نرمال بودن داده ها با آزمون شاپیرو-ویلک برابری واریانس خطا بین دو گروه پژوهش با آزمون لوین، برابری ماتریس واریانس-کوواریانس با آزمون امباکس بررسی و تأیید

شد ($p > 0.05$). اما پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماچلی نشان داد که این پیش فرض رعایت نشده است ($p < 0.05$). به دلیل عدم رعایت پیش فرض کرویت، نتایج بر حسب تصحیح درجه آزادی بر حسب اسپیلون و آماره گرین-هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی ارائه شد. نتایج مقایسه بین آزمودنی و درون آزمودنی در ابعاد متغیر پژوهش از طریق تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد (جدول ۳) که عامل زمان، عامل گروه و عامل تعامل زمان و گروه در متغیرهای تحمل ناکامی، عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت و عدم تحمل بی عدالتی معنادار هستند ($p < 0.05$). معناداری تعامل عامل زمان و عضویت گروهی در کنار معناداری عامل گروه، نشان دهنده این است که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای تحمل ناکامی، عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت و عدم تحمل بی عدالتی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). بنابراین اثر

بین گروهی در ابعاد عدم تحمل ناکامی، تحلیل واریانس انجام شده به ترتیب برای عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت و عدم تحمل بی عدالتی ۵۳/۷، ۵۷/۲، ۵۰/۹، ۵۷/۵ درصد تفاوت حداقل بین گروه آزمایش با گروه کنترل در ابعاد عدم تحمل ناکامی را معنادار نشان می دهد که بیانگر سطح متوسط اندازه اثر مداخله است. چنان که در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بون-فرونی مشاهده می شود، در ابعاد عدم تحمل ناکامی از مرحله پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری تغییر معناداری اتفاق افتاده، ولی بین پس آزمون با پیگیری این دو متغیر تغییر معناداری نداشته و اثرات درمان پایدار مانده است. بنابراین در یک نتیجه گیری کلی می توان گفت، مداخله ذهنی سازی بر ابعاد عدم تحمل ناکامی در نوجوانان با نشانگان اختلال شخصیت مرزی با اندازه اثر متوسط تأثیر معناداری داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی ابعاد عدم تحمل ناکامی به تفکیک گروه ها در سه مرحله پژوهش

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عدم تحمل عاطفی	درمان ذهنی سازی	۲۶/۵۲	۲/۲۹	۲۰/۹۴	۲/۸۶	۲۱/۰۰	۲/۸۲
	کنترل	۲۶/۲۹	۳/۱۷	۲۶/۵۲	۲/۵۰	۲۶/۴۱	۲/۵۵
عدم تحمل ناراحتی	درمان ذهنی سازی	۲۶/۴۷	۲/۰۳	۲۰/۶۴	۲/۴۹	۲۰/۴۷	۲/۴۰
	کنترل	۲۷/۰۰	۱/۹۳	۲۷/۱۷	۱/۲۸	۲۷/۲۹	۱/۳۵
عدم تحمل اهداف پیشرفت	درمان ذهنی سازی	۲۶/۳۵	۲/۳۷	۲۱/۱۱	۲/۷۸	۲۱/۰۰	۲/۶۴
	کنترل	۲۶/۵۲	۲/۵۰	۲۶/۴۱	۲/۲۶	۲۶/۴۴	۲/۳۱
عدم تحمل بی عدالتی	درمان ذهنی سازی	۵۳/۵۲	۳/۸۲	۴۸/۸۲	۳/۵۹	۴۳/۶۴	۳/۶۷
	کنترل	۵۲/۵۸	۴/۸۹	۵۲/۵۸	۳/۹۳	۵۲/۷۰	۳/۸۸
تحمل ناکامی (عدم تحمل) (بلا تکلیفی)	درمان ذهنی سازی	۱۳۲/۸۸	۵/۶۷	۱۰۶/۵۲	۶/۲۸	۱۰۶/۲۹	۶/۳۶
	کنترل	۱۳۲/۴۱	۶/۴۲	۱۳۲/۷۰	۵/۰۰	۱۳۲/۸۸	۴/۸۵

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) متغیر عدم تحمل ناکامی و ابعاد آن

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور سهمی	توان آزمون
عدم تحمل عاطفی	زمان	۱۶۴/۱۷۶	۱/۰۲۹	۱۵۹/۵۲۶	۳۲/۷۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۵	۱/۰۰
	گروه	۳۲۸/۳۲۴	۱	۳۲۸/۳۲۴	۱۹/۱۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷۴	۰/۹۸۹
	زمان×گروه	۱۸۶/۵۲۹	۱/۰۲۹	۱۸۱/۲۴۶	۳۷/۱۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۷	۱/۰۰
عدم تحمل ناراحتی	زمان	۱۸۲/۶۰۸	۱/۰۴۱	۱۷۵/۴۱۶	۵۵/۷۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۵	۱/۰۰
	گروه	۵۴۶/۰۳۹	۱	۵۴۶/۰۳۹	۶۴/۸۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷۰	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۱۴/۴۹۰	۱/۰۴۱	۲۰۶/۰۴۳	۶۵/۴۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۲	۱/۰۰
عدم تحمل اهداف پیشرفت	زمان	۱۶/۰۲۰	۱/۰۱۶	۱۶۳/۴۰۳	۵۴/۵۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۰	۱/۰۰
	گروه	۳۳۵/۵۳۹	۱	۳۳۵/۵۳۹	۲۱/۷۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰۵	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۵۱/۹۰۲	۱/۰۱۶	۱۴۹/۵۰۸	۴۹/۹۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۹	۱/۰۰
عدم تحمل بی‌عدالتی	زمان	۵۳۷/۰۷۸	۱/۰۱۵	۵۲۹/۲۲۹	۶۵/۴۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۲	۱/۰۰
	گروه	۸۰۷/۵۳۹	۱	۸۰۷/۵۳۹	۲۰/۳۸۱	۰/۰۰۱	۰/۳۸۹	۰/۹۹۲
	زمان×گروه	۵۵۰/۴۹۰	۱/۰۱۵	۵۴۲/۴۴۵	۶۷/۱۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۷	۱/۰۰
تحمل ناکامی (عدم تحمل بلا تکلیفی)	زمان	۳۸۵۶/۷۲۵	۱/۰۳۴	۳۷۳۱/۱۴۴	۲۳۰/۶۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۸	۱/۰۰
	گروه	۷۷۸۴/۲۴۵	۱	۷۷۸۴/۲۴۵	۹۱/۸۳۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴۲	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۰۸۶/۸۴۳	۱/۰۳۴	۳۹۵۳/۷۶۸	۲۴۴/۴۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵۴	۱/۰۰

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زمان‌ها در متغیر عدم تحمل ناکامی و ابعاد آن

متغیرها	مرحله	خطای انحراف استاندارد	معناداری
عدم تحمل عاطفی	پیش آزمون	۲/۶۷۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲/۷۰۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۰۲۹	۱/۰۰
عدم تحمل ناراحتی	پیش آزمون	۲/۸۲۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲/۸۵۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۰۲۹	۱/۰۰
عدم تحمل اهداف پیشرفت	پیش آزمون	۲/۶۷۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲/۷۳۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۰۵۹	۰/۴۶۲
عدم تحمل بی‌عدالتی	پیش آزمون	۴/۸۵۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۴/۸۸۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۰۲۲	۱/۰۰
تحمل ناکامی (عدم تحمل بلا تکلیفی)	پیش آزمون	۱۳/۰۲۹	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	۱۳/۰۵۹	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	۰/۰۲۹	۰/۹۹۷

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ابعاد عدم تحمل ناکامی در نوجوانان با نشانگان شخصیت مرزی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت و عدم تحمل بی‌عدالتی در نوجوانان با نشانگان شخصیت مرزی اثربخش و ماندگار است. بررسی پیشینه پژوهشی نشان داد، اگرچه تاکنون پژوهشی که دقیقاً به این موضوع بپردازد، انجام نشده است؛ اما نتایج حاضر با مجموعه مطالعاتی که اثربخشی درمان ذهنی‌سازی را تأیید نموده‌اند (۱۲، ۱۴، ۱۶-۲۳، ۳۰) همسویی نشان می‌دهد. در تبیین اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر تحمل ناکامی در نوجوانان با نشانگان شخصیت مرزی بر اساس مبانی نظری می‌توان گفت، از آنجایی که نظریه ذهنی‌سازی بر توانایی فرد برای درک حالت‌های ذهنی خود و دیگران تأکید دارد و بررسی‌ها نشان می‌دهد، نوجوانان مبتلا به شخصیت مرزی معمولاً در این توانایی دچار اختلال یا نقص رشدی هستند. چنان‌که نقص در این توانایی با واکنش‌های شدید هیجانی، روابط ناپایدار و تحمل پایین ناکامی همراه است (۳۰). از سوی دیگر فقدان ظرفیت تحمل ناکامی، که با مواجهه موثر با محرومیت‌ها و ناامیدی‌ها بدون فروپاشی هیجانی یا رفتاری مطرح می‌شود، در نوجوانان با شخصیت مرزی باعث برون‌ریزی خشم، خودزنی و یا قطع روابط می‌شود و دلیل این واکنش‌ها، ناتوانی در تفسیر وضعیت ذهنی خود یا دیگران در شرایط پرتنش است (۱۵). به عبارتی در شرایط ناکامی، معمولاً این نوجوانان وارد حالت ذهن خوانی (پیش‌ذهنی‌سازی) افراطی می‌شوند (۲۰). بنابراین به نظر می‌رسد درمان ذهنی‌سازی در این زمینه با بازسازی ظرفیت ذهنی‌سازی در موقعیت‌های پرتنش به نوجوانان با شخصیت مرزی کمک نمود تا در لحظات هیجانی مانند تجربه ناکامی بتوانند به‌جای واکنش آنی، حالت‌های ذهنی خود و دیگران را درک کنند (بعد تحمل عاطفی) و این کار را از طریق تکنیک بازتاب حالت‌های ذهنی، مکث (برای تأمل در مورد افکار، احساسات و نیت‌ها) و تشخیص و اصلاح فرضیه‌های ذهن خوانی اشتباه انجام دهند (شناخت‌واره‌های بعد تحمل

اهداف پیشرفت). از سوی دیگر در شرایط ناکامی، نوجوانان با اختلال شخصیت مرزی اغلب تجربه درون‌روانی خود را با واقعیت خارجی در رویدادهای تعاملاتی یکسان می‌دانند (بعد تحمل عاطفی/عدم تحمل ناراحتی) (۳). در این زمینه آموزش ذهنی‌سازی کمک نمود به‌واسطه کاهش واکنش‌های قطبی‌شده از طریق تضعیف حالت معادل روانی، بین واقعیت ذهنی و واقعیت بیرونی تمایز گذارند. این سازوکار با آموزش پرسیدن سؤالات باز (آیا ممکن است دلیل دیگری وجود داشته باشد) با شکافتن تجربه ذهنی متفاوت نوجوان همراه شد. بیتمن و فوناگی (۳۰) بیان داشتند، در افراد با شخصیت مرزی، استرس هیجانی بالا باعث فروپاشی ذهنی‌سازی می‌شود. بنابراین فرآیند درمان ذهنی‌سازی با تنظیم سطح تحریک هیجانی و آموزش چگونه وقتی احساس ناکامی داریم، ذهنی‌سازی کنیم؛ نوجوانان را در تقویت مقابله شناختی-هیجانی یاری داد و نوجوانان آموختند ناکامی را بدون فروپاشی تجربه نمایند (بعد تحمل عاطفی/تحمل ناراحتی). در نهایت می‌توان گفت درمان ذهنی‌سازی با بازسازی توانایی فهم و تحمل حالت‌های ذهنی در شرایط پرتنش به این گروه نوجوانان کمک نمود تا ناکامی را تحمل کنند، بدون آن‌که به خود یا دیگران آسیب بزنند (بعد بی‌عدالتی)، بین تجربه ذهنی و واقعیت بیرونی تمایز قائل شوند و احساسات منفی ناشی از محرومیت را معنا کنند نه صرفاً واکنش نشان دهند. بنابراین افزایش تحمل ناکامی یکی از پیامدهای اصلی و مورد انتظار درمان ذهنی‌سازی در نوجوانان با اختلال شخصیت مرزی است که به طور مستقیم از بازگشت ظرفیت ذهنی‌سازی در موقعیت‌های تنش‌زا ناشی می‌شود. همچنین در مورد مکانیسم اثربخشی درمان ذهنی‌سازی بر ابعاد تحمل ناکامی در نوجوانان با نشانگان شخصیت مرزی می‌توان گفت، تحمل ناکامی، یک ظرفیت کلیدی در رشد هیجانی و شناختی است که در نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دچار اختلال جدی است (۱۳). ابعاد مختلف این ناتوانی شامل عدم تحمل عاطفی (ناتوانی در ماندن با هیجانات شدید مانند خشم، اندوه یا طرد)، عدم تحمل ناراحتی (اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند و واکنش‌های افراطی به آن)، عدم تحمل اهداف پیشرفت (فروپاشی عزت نفس در برابر شکست یا نقد) و عدم تحمل

بی‌عدالتی (درک تحریف شده از نابرابری و واکنش‌های خصمانه یا تهاجمی) است (۱۵). بی‌تمن و فوناگی (۳۱،۳۰) بر این باورند که در موقعیت‌های تهدید کننده یا ناکام کننده نوجوانان مبتلا به شخصیت مرزی به دلیل فروپاشی ذهنی‌سازی، دچار تجارب روانی بدوی، عینی و انفجاری می‌شوند و قادر به درک انعطاف‌پذیر موقعیت نیستند. در عدم تحمل عاطفی، نوجوانان نمی‌توانند احساسات شدید خود را بدون واکنش تکانشی تحمل کنند؛ به این دلیل که در ادراک هیجانات به‌عنوان حالتی موقت و قابل پذیرش و نه تهدیدکننده ناتوانند که پیامد آن در هم‌آمیزی هیجانات با واکنش‌های رفتاری است. در همین راستا، آموزش ذهنی‌سازی در ابتدا با آگاهی‌بخشی پیوند موقعیت‌های اضطرابی و شگل‌گیری فرآیند پیش‌ذهنی به این گروه از نوجوانان آموخت به وسیله تکنیک بازتاب هیجان، توقف جریان رفتاری با تکنیک مکث‌درمانی و تکنیک حالت ندانستن برای تقویت کنجکاوای نوجوانان نسبت به تجربه درونی خود و دیگری، بعد تحمل عاطفی را از طریق افزایش ظرفیت درک، معنا و مدیریت هیجانات افزایش دهند. بررسی‌ها نشان داد که این گروه از نوجوانان به دلیل عدم تحمل ناراحتی در برابر ناکامی‌های بیرونی مانند طرد، بی‌توجهی و شکست جزئی (ابعاد تحمل بی‌عدالتی و تحمل پیشرفت)، دچار فروپاشی روانی یا کناره‌گیری شدید می‌شوند (۵). نظریه ذهنی‌سازی این مشکل را به دلیل عدم توانایی در معنا بخشی به ناراحتی و تشخیص آن به‌عنوان حالت موقت و همچنین نداشتن ظرفیت ماندن در موقعیت پرتنش بدون اجتناب یا واکنش افراطی مطرح می‌کند (۱۷). در این زمینه تکنیک تنظیم سطح تحریک و تمرینات آرمیدگی کمک نمود تا با تنظیم سطح هیجانات، نوجوان با وجود درگیر ماندن در موقعیت، سرزیری هیجانی نداشته‌باشد. همچنین تکنیک‌های بازسازی محرک‌های ناراحت‌کننده و تشویق به تجربه ناراحتی در محیط امن و ذهنی‌ساز (فضای مشارکتی گروه درمانی) به نوجوانان آموخت که می‌توان در ناراحتی ماند و آن را از طریق ذهنی‌سازی تاب‌آورند. همچنین بعد عدم تحمل شکست در اهداف پیشرفت در افراد باعث می‌شود، کوچکترین شکست یا نقد موجب احساس بی‌ارزشی، خودانتقادی شدید یا اجتناب از موقعیت‌های تعاملاتی و پیگیری هدف/پیشرفت شود (۱۵). بر

اساس نظریه ذهنی‌سازی می‌توان گفت این مشکل به دلیل ناتوانی در تفکیک بین خود ذهنی و عملکرد بیرونی و همچنین عدم توانایی در ادراک چندجانبه شکست به‌جای فروپاشی عزت نفس دانست (۱۷). از این‌رو آموزش ذهنی‌سازی به نوجوانان کمک نمود با تکنیک‌های کاوش افکار پشت تجارب شکست، بازتاب درونی شدن نگاه دیگران و بازسازی آن در بستر درمانی و مدل‌سازی پاسخ ذهنی‌سازانه به شکست، بیاموزند که شکست تهدیدی برای خود ذهنی او نیست و می‌توان آن را تحمل و بررسی کرد. در تبیین عدم تحمل بی‌عدالتی می‌توان گفت، اغلب این نوجوانان، هرگونه ناکامی در تعاملات یا اختلاف در رابطه را به بی‌عدالتی در مورد خود تعبیر و واکنش افراطی نظیر خشم، تحقیر و یا قطع رابطه نشان می‌دهند (۳). که بر اساس مدل ذهنی‌سازی این مشکل به دلیل ناتوانی در فاصله‌گذاری شناختی از تفسیرهای ذهن خوانانه و عدم امکان بررسی چندین فرض ذهنی درمورد رفتار دیگران است (۱۷). بنابراین آموزش ذهنی‌سازی با تکنیک مهار ذهن‌خوانی خصمانه، دعوت به بررسی نیت‌های جایگزین و مواجهه با بی‌عدالتی در رابطه گروه درمانی به‌عنوان موقعیت تمرینی ذهنی‌سازی به نوجوانان آموخت تا در برابر بی‌عدالتی ادراک شده به‌جای ارائه واکنش‌های هیجانی، ذهنی‌سازی کنند و هیجانات خود را مدیریت نمایند. در مجموع آموزش ذهنی‌سازی از طریق تقویت ظرفیت درک و پردازش حالت‌های ذهنی خود و دیگران در موقعیت‌های پرتنش، نوجوانان مبتلا به شخصیت مرزی را به سمت درونی‌سازی مهارت‌هایی سوق داد که منجر به بهبود قابل توجهی در سطوح هیجانی، شناختی و اجتماعی آن‌ها شد. این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی، دارای محدودیت‌هایی بود. انتخاب آزمودنی‌ها به صورت هدفمند و غیرتصادفی بود. این مطالعه بر روی نوجوانان دارای نشانگان مرزی در شهر اصفهان انجام گرفت، بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت گردد. در این مطالعه تنها خود نوجوانان ارزیابی شدند و سایر منابع اطلاعاتی که می‌توانست تغییرات آنان را تأیید نماید، مد نظر قرار نگرفت و تنها منبع گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود و نتایج محدود به خطاهای اندازه‌گیری ابزار پرسشنامه است. پیشنهاد می‌شود در اجرای سایر مطالعات

تلویحی حاکی از آن است که آموزش ذهنی‌سازی به نوجوانان می‌تواند آن‌ها را در ثبات عاطفی و رفتاری در ارتباطات خود یاری دهد.

سپاسگزاری

این پژوهش، برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول با کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد به شناسه IR. IAU. NAJAFABAD. REC. 1404. 046 است. در پایان برخود لازم می‌دانیم تا از همکاری کلیه شرکت‌کنندگان که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، کمال قدردانی را به‌عمل آوریم.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی را گزارش نکردند.

بعدی، از سایر منابع اطلاعاتی نظیر خانواده و نزدیکان به جهت تأیید تغییرات استفاده شود؛ برای گردآوری اطلاعات، به غیر از ابزار پرسشنامه، مصاحبه و سنجش کیفی نیز مدنظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی باعث بهبود معنادار ابعاد مختلف عدم تحمل ناکامی در نوجوانان دارای نشانگان شخصیت مرزی شد و این اثرات در پیگیری نیز پایدار ماند. در مجموع باتوجه به اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ابعاد تحمل ناکامی در نوجوانان دارای نشانگان شخصیت مرزی، پیشنهاد می‌شود، درمان‌گران و متخصصین سلامت در حوزه نوجوان، از این روش در جهت اصلاح ابعاد تحمل ناکامی در جهت مدیریت و بهبود روابط میان‌فردی و روانی آن‌ها بهره گیرند. همچنین نتایج این پژوهش به‌صورت

References

1. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, et al. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World psychiatry*. 2024;23(1):4–25.
2. Mohajerin B, Howard RC. The impact of age and sex on the expression and severity of borderline symptoms in individuals with borderline personality disorder: an Iranian study. *Personality and Mental Health*. 2025;19(1):e70004.
3. Laurini O, Strugarek P, Rahioui H. Borderline personality: revisiting its classification as a neurodevelopmental disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2025;16:1587778.
4. rabi E, Motaharh, Baghooli, Barzegar, Naziri. Exploring the basics and principles of borderline personality disorder. new approach to educating children. 2025;6(4):126–39.
5. Fard F, Samani A, Talebi. Presenting a structural model of borderline personality traits based on the quality of the parent-child relationship with the mediation of frustration tolerance in students. *Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*. 2023;66(5).
6. Ilaeifar SGT, Panah SA, Majidpour Z, Ghanbarnejad M, Aghaei N, Ghochani KPM. The effectiveness of schema therapy on tolerance of failure and internalized shame in people with borderline personality disorder. *Quarterly Journal of Experimental and Cognitive Psychology*. 2024;1(4):103–16.
7. Harrington N. Frustration intolerance: Therapy issues and strategies. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2011;29(1):4–16.
8. Simona T, Hortensia BC, Gabriel R. Frustration Intolerance Scale for Students. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2025;32(1):e70028.
9. Fernandez J, Bernacer J. Frustration Tolerance and Personality. *Addiction and Attachment*. 2021.
10. Kawalramani S, Pandey S. Effect of frustration intolerance and emotional maturity on internet addiction among young adults. 2020.
11. Henry SK. Relationship between frustration tolerance and psychological self-regulatory mechanisms in weight loss maintenance: The University of Alabama at Birmingham; 2019.

12. Karterud SW, Kongerslev MT. A temperament-attachment-mentalization-based (TAM) theory of personality and its disorders. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:518.
13. Wiwe M. Errare Humanum Est (To Err Is Human): A mentalizing breakdown in the therapeutic work with an adolescent. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:789120.
14. Kumpasoglu GB, Saunders R, Campbell C, Nolte T, Montague R, Pilling S, et al. Mentalizing, epistemic trust and interpersonal problems in emotion regulation: A sequential path analysis across common mental health disorders and community control samples. *Journal of affective disorders*. 2025;372:502–11.
15. Saricali M, Guler D. The mediating role of psychological need frustration on the relationship between frustration intolerance and existential loneliness. *Current Psychology*. 2022;41(8):5603–11.
16. Bengari A, Yousefi E, Khajepoor L. Comparing Mentalizing and Transdiagnostic Therapies for Distress Tolerance in Religiously Committed Betrayed Women. *Iranian Journal of Educational Research*. 2025;4(3):0–.
17. Simonsen S, Kongerslev MT, Bateman A. Mentalization-based treatment. *ICD-11 Personality Disorders: Assessment and Treatment*: Oxford University Press; 2025. p. 373–93.
18. Jørgensen MS, Høgenhaug SS, Sharp C, Bo S. Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder: State-Of-The-Science and Future Directions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2025;32(4):e70120.
19. Hajek Gross C, Oehlke SM, Prillinger K, Goreis A, Plener PL, Kothgassner OD. Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2024;54(2):317–37.
20. Mohajerin B, Gallagher MW, Howard R. Unified Protocol vs Mentalization-Based Therapy for Adolescents With Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2025;32(1):e70033.
21. Rizzi E, Weijers JG, Kate Ct, Selten J-P. Mentalization based treatment for a broad range of personality disorders: a naturalistic study. *BMC psychiatry*. 2024;24(1):429.
22. Khabir L, Mohamadi N, Rahimi C, Dastgheib SA. The effectiveness of group therapy based on Mentalization and dialectical behavior on clinical symptoms of borderline personality disorder: a randomized controlled clinical trial. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*. 2018;6(2):80–8.
23. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry*. 2012;51(12):1304–13. e3.
24. Stepp SD, Scott LN, Morse JQ, Nolf KA, Hallquist MN, Pilkonis PA. Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(3):657–66.
25. Delavar A. Research methodology in psychology and educational sciences. The fourth edition of the publication editing Tehran(Persian). 2009.
26. Harrington N. The frustration discomfort scale: Development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2005;12(5):374–87.
27. Rahimi N, Afsharinia K. Prediction of psychological resilience based on degree of differentiation and Frustration tolerance in the elderly. *Aging Psychology*. 2017;3(2):127–36.
28. Claridge G, Broks P. Schizotypy and hemisphere function—I: Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*. 1984;5(6):633–48.
29. Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the schizotypal personality scale (STA) and the borderline personality scale (STB). *Personality and Individual Differences*. 2001;31(3):409–19.
30. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide: Oxford University Press; 2016.
31. Einy S, Narimani M. Effectiveness of mentalization based therapy on ego-strength and defense mechanisms in people with borderline personality disorder. *Shefaye Khatam*. 2019;7(3):1–12.



Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Dimensions of Frustration Tolerance in Adolescents with Borderline Personality Features: A Semi-Experimental Study

Fatemeh Izadi(MSc)¹, Alireza Pegah(MSc)², Gholamreza Talebi(PhD)*³

Original Article

Abstract

Background: Frustration tolerance during the sensitive period of adolescence, when accompanied by borderline personality features, can be associated with detrimental individual, familial, and social outcomes, as well as the maintenance and exacerbation of borderline symptoms. This study aimed to investigate the effectiveness of mentalization-based therapy (MBT) on dimensions of frustration tolerance in adolescents with borderline personality features.

methods: This semi-experimental study employed a pre-test-post-test design with a three-month follow-up and a control group. The population consisted of all adolescents with borderline personality features referred to mental health centers in Isfahan in 2024. Based on purposive sampling and inclusion criteria, 34 participants were selected and randomly assigned to experimental and control groups (17 per group). Instruments included the Claridge and Brooks Borderline Personality Scale and the Harrington Frustration Tolerance Questionnaire. The experimental group received 20 sessions of MBT, twice a week, while the control group received no intervention. Data were analyzed using repeated measures ANOVA and Bonferroni post-hoc tests in SPSS version 26.

Results: The mean age of participants in the experimental group was 16.41 ± 1.06 years. Results indicated that MBT significantly improved all dimensions of frustration tolerance, including emotional intolerance, discomfort intolerance, achievement goal intolerance, and injustice intolerance ($P < 0.05$). The effect sizes for these dimensions were 0.53, 0.57, 0.50, and 0.57, respectively, indicating a moderate intervention effect. These improvements were maintained at the follow-up stage.

Conclusion: MBT significantly enhanced various dimensions of frustration tolerance in adolescents with borderline personality features, and the effects remained stable over time. Therefore, this therapy may serve as an effective intervention for improving frustration tolerance in this population and can be applied by mental health professionals.

Keywords: Mentalization-Based Therapy, Failure tolerance, Borderline Personality Disorder, Adolescent.

***Corresponding author:** Gholamreza Talebi - **E-mail:** rezatalebi@iau.ac.ir **TEL:** 9024549818

1. Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Na. C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Isfahan branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.

3. Assistant Professor of Health Psychology, Department of Medicine, Na. C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Received: 2025/09/25

Revised: 2025/10/26

Accepted: 2025/11/05