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

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی 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 به‌نشانگان شخصیت مرزی، می‌تواند با پیامدهای مخرب فردی، خانوادگی، اجتماعی و حفظ و تشدید نشانگان همراه شود. براین اساس پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر ابعاد تحمل ناکامی در نوجوانان دارای نشانگان شخصیت مرزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل تمامی نوجوانان دارای نشانگان شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز خدمات بهداشت روان شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود. از این جامعه، تعداد ۳۴ نفر بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس ملاک‌های ورود انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) تخصیص داده شدند. ابزارهای مورداستفاده عبارت بودند از مقیاس شخصیت مرزی کلاریدج و بروکس و پرسشنامه تحمل ناکامی هارینگتون. گروه آزمایش طی ۲۰ جلسه، با تواتر دو جلسه در هفته، مداخله درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش۱/۰۶ ± ۴۱/ ۱۶ بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی موجب بهبود معنادار در ابعاد مختلف عدم تحمل ناکامی شامل عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت و عدم تحمل بی‌عدالتی شد (**P< 0.05**). اندازه اثر مداخله در این ابعاد به‌ترتیب ۵۳/۷، ۵۷/۲، ۵۰/۹، ۵۷/۵ بود که نشان‌دهنده اثر متوسط مداخله است. این تأثیرات در مرحله پیگیری نیز پایدار باقی ماند.

نتیجه گیری: 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. بنابراین، این روش می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر برای ارتقای تحمل ناکامی در این نوجوانان مورد استفاده متخصصان سلامت روان قرار گیرد.

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

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

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

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

دریافت:۱۴۰۴/۰۷/۰۳ **اصلاح:** ۱۴۰۴/۰۸/۰۴ **پذیرش:** ۱۴۰۴/۰۸/۱۴

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]

مقدمه

اختلالات شخصیت[1]، به‌عنوان 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[2] به‌دلیل پیچیدگی علائم و عواقب مخربی که بر زندگی فردی و اجتماعی دارد؛ توجه ویژه محققان و متخصصان بهداشت روان را به‌خود جلب کرده‌است (۱). براساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی اختلالات روانی [3]، اختلال شخصیت مرزی با الگوی فراگیر بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، ضعف خودپنداره و عواطف همراه با تکانش‌گری قابل‌توجه مشخص می‌شود و در زمینه‌های مختلف زندگی نمود پیدا می‌کند (۲). بررسی‌ها نشان می‌دهد، این اختلال عواقب فردی و اجتماعی متنابهی را به‌همراه دارد؛ از جمله نرخ بالای خودکشی (تا۱۰ 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 به‌دوره‌های درمانی بازمی‌گردند که این امر بار اقتصادی قابل‌توجهی بر سیستم‌های بهداشتی و خانواده تحمیل می‌کند (۱). مطالعات جهانی نشان می‌دهند، شیوع این اختلال در جمعیت عمومی بزرگسالان۰/۷ تا ۲/۷ درصد مادام‌العمر و تقریباً ۱/۶درصد نشانگان مقطعی است. در جمعیت نوجوانان، یافته‌های شیوع‌شناسی متفاوت‌تری ارائه شده‌است. 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 این‌رو با توجه به آمارهای مرتبط با جمعیت بالینی نوجوانان و اهمیت ویژه‌ایی که این دوره تحولی در مراحل بعدی زندگی افراد تا بزرگسالی دارد؛ تاکنون مطالعات گسترده‌ایی در سبب‌شناسی و علائم همبسته با شکل‌گیری این اختلال و تشدید نشانگان آن انجام گرفته‌است. در همین راستا مطالعات نشان می‌دهد، یکی از مهم‌ترین عوامل نگهدارنده و تشدیدکننده اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان تحمل ناکامی [4] است (۵). تحمل ناکامی که درواقع به‌توانایی 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[5]، یک فرآیند فراشناختی است که در آن فرد پیش از هر چیزی باور به‌عدم تحمل رویدادها یا شکست در ارضای نیازها و خواست‌ها دارد. از این رو این مفهوم به‌عنوان 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 به‌عنوان 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 راه‌حل 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 خواست‌های کامل خود باز بمانم) و با تمامیت‌خواهی در دستیابی اهداف و مستقل از ارزش‌گذاری و مهار ایگو، ارتباط

[1] personality disorders
[2] borderline personality disorder
[3] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
[4] frustration tolerance
[5] rational emotive behavioral theory

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]

دارد. در نهایت بعد عدم تحمل بی‌عدالتی، شامل باور به‌برآورده شدن خواسته‌های فرد و عدم ممانعت دیگران در این امر می‌شود (نمی‌توانم تحمل کنم که مردم برخلاف خواسته‌هایم عمل کنند)؛ که با خشم و رفتارهای پرخاشگری ارتباط نزدیکی دارد (۹). در مجموع می‌توان گفت این سازه روانشناختی از برهم کنش هریک از ابعاد آن در مشکلات هیجانی و رفتاری نوجوانان با اختلال مرزی نمود می‌کند؛ بنابراین عدم تحمل ناکامی در این جمعیت بالینی پیامد شکل‌گیری 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 می‌دهد، عدم تحمل ناکامی به‌طور مستقل و فراتر از سایر عوامل، با مشکلات هیجانی رفتاری مرتبط است. چنان‌که در اختلال شخصیت مرزی، تحمل ناکامی پایین نقش تعدیل‌کننده‌ای در رابطه بین عاطفه منفی و علائم اختلال شخصیت مرزی ایفا می‌کند. 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 پژوهش‌های گسترده نشان می‌دهد، سازه عدم تحمل ناکامی و ابعاد آن را می‌توان بر اساس نظریه ذهنی‌سازی[6] مفهوم‌سازی نمود. نظریه‌ای جامع که رابطه معکوس بین عدم تحمل ناکامی و ظرفیت ذهنی‌سازی را بررسی و الگوهای اصلاحی آن را مطرح می‌کند (۱۱). ظرفیت ذهنی‌سازی به‌عنوان توانایی درنظرگیری حالات ذهنی خود و دیگران، از جمله احساسات، تمایلات، باورها و قصدها تعریف می‌شود و نقش مرکزی در تنظیم عاطفی ایفا می‌کند. این ظرفیت که از طریق تعاملات دلبستگی ایمن در دوران کودکی توسعه می‌یابد، برای پردازش استرس و مقابله با موقعیت‌های ناکام‌کننده ضروری است (۱۲). بر اساس این نظریه، هنگامی‌که ظرفیت ذهنی‌سازی در تعاملات تحت فشار قرار می‌گیرد، افراد وارد سه حالت پیش‌ذهنی‌سازی می‌شوند که با عدم تحمل ناکامی همراه است (۱۳). نخست حالت هم‌ارزی روانی[7] است که در این حالت، افکار و احساسات به‌صورت واقعیت تجربه می‌شوند و فرد قدرت درنظرگیری دیدگاه‌های جایگزین را از دست می‌دهد. این وضعیت منجر به عدم تحمل شدید موقعیت‌های ناکام‌کننده می‌شود زیرا ناکامی به‌صورت تهدیدی حقیقی و فوری ادراک می‌شود (ابعاد عدم تحمل عاطفی و ناراحتی). سپس حالت غایت‌شناختی[8] است که در این حالت، درک حالات ذهنی خود و دیگری، تنها از طریق نتایج قابل مشاهده فیزیکی امکان‌پذیر است. افراد برای تنظیم عاطفی به اعمال فیزیکی متوسل می‌شوند که می‌تواند شامل رفتارهای خودآسیب‌رسان یا اجتناب از موقعیت‌های ناکام‌کننده باشد (ابعاد تاخیر در ارضای نیاز و اهداف). در نهایت حالت تظاهری[9] است که در این حالت، افکار و احساسات از تجربه واقعی جدا می‌شوند. فرد ممکن است درباره افکار و احساسات خود و دیگران صحبت کند اما ارتباط واقعی با آن‌ها ندارد (بعد عدم تحمل بی‌عدالتی و افکار غیرمنطقی)، که منجر به ناتوانی در مواجهه مؤثر با ناکامی می‌گردد (۱۴). در همین راستا مدل یکپارچه نظریه ذهنی‌سازی بیان می‌کند که در شرایط عادی، ذهنی‌سازی سالم امکان تفسیر انعطاف‌پذیر و مثبت موقعیت‌های ناکام‌کننده را فراهم می‌کند اما تحت استرس شدید یا در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ظرفیت ذهنی‌سازی کاهش‌یافته و حالات پیش‌ذهنی‌سازی فعال می‌شوند. فعال‌شدن حالات پیش‌ذهنی‌سازی منجر به‌کاهش تحمل ناکامی و افزایش حساسیت به استرس می‌گردد و در مرحله بعد عدم تحمل ناکامی به‌نوبه خود موجب تقویت حالات پیش‌ذهنی‌سازی و ایجاد چرخه معیوب می‌شو (۱۵). ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر برای افزایش تحمل ناکامی از طریق بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی، شناسایی شده‌است. این درمان با تقویت اعتماد اجتماعی و بهبود تنظیم عاطفی، چرخه معیوب بین عدم تحمل ناکامی و ضعف ذهنی‌سازی را می‌شکند (۱۶). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی[10] که ریشه در نظریه دلبستگی و پژوهش‌های روان‌پویشی معاصر دارد، توسط فوناگی و بیتمن[11] توسعه یافت که بر توانایی درک

[6] theory of mentalization
[7] psychic equivalence mode
[8] teleological mode
[9] pretend mode
[10] Mentalization-Based Therapy (MBT)
[11] Bateman & Fonagy

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]

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 به‌بروز اختلال شخصیت مرزی می‌شود. لذا این ظرفیت که یک کارکرد بازتابی تلقی می‌شود؛ اگرچه از طریق روابط بین‌فردی 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 نوجولنان، مطالعه اصلی و اولیه روسوو و فوناگی (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 ۱۷درصد) 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 نوجولنان 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[12] برای مطالعات آزمایشی که

[12] Cohen

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]

هر گروه حداقل ۱۵نفر 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 به‌ذکر است در خلال پژوهش یک نفر از گروه آزمایش به‌دلیل غیبت بیش از دو جلسه و یک نفر از گروه کنترل به دلیل عدم تمایل به‌همکاری از روند پژوهش حذف شدند. به‌منظور اجرای پژوهش پس از کسب کداخلاق و دریافت مجوز از دانشگاه و انجام هماهنگی و معرفی طرح پژوهشی به مراکز مشاوره و خانه‌های بهداشت شهر اصفهان و اعلان فراخوان به‌صورت پیامکی، از افراد جهت شرکت در پژوهش دعوت به‌عمل آمد. به‌منظور همتاسازی گروهی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مورد توجه قرار گرفت. به این ترتیب از بین ۵۳ نفر ثبت‌نام کننده اولیه، تعداد ۳۴ نفر به‌شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. سپس پرسشنامه‌های پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون بر روی افراد هر دو گروه اجرا شد.

اندازه‌گیری تحمل ناکامی

پرسشنامه تحمل ناکامی[13] توسط هارینگتون[14] ساخته‌شد 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/ارضای 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 به‌معنای 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 به‌روش 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 به‌روش 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 به‌دست آمد.

اندازه‌گیری نشانگان شخصیت مرزی (غربالگری)

مقیاس شخصیتی مرزی[15] در آکسفورد و بر اساس ملاک‌های DSMتوسط کلاریدج و بروکس[16] ساخته شد (۲۸). که توسط راولینگز، کلاریدج و فریمن[17] مورد تجدید نظر قرار گرفت (۲۹). این پرسشنامه دارای ۲۲ سوال به‌منظور ارزیابی اختلال شخصیت مرزی در ابعاد مختلف (عامل ناامیدی، عامل تکانش‌گری، عامل علائم تجزیه‌ای و پارانوییدی وابسته به استرس) است. پرسشنامه به‌صورت 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 پارانوییدی 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 پایائی بازآزمائی 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 به‌توضیح است در مطالعه حاضر، پرسشنامه به‌عنوان غربالگری افراد استفاده

[13] Frustration Discomfort Scale
[14] Harrington
[15] Borderline Personality scale
[16] Claridge & Broks
[17] Rawlings, Claridge & Freeman

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]

شد.پس از اجرای پیش‌آزمون بر روی هر دو گروه، جلسات مداخله ذهنی‌سازی برای افراد گروه آزمایش به‌مدت 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 گروه های 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 به‌پرسشنامه‌ها 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 اس‌پی‌اس‌اس نسخه ۲۶ استفاده شد . همچنین جهت بررسی رعایت پیش فرض‌های لازم برای استفاده از این روش آماری، برای نرمال بودن نمرات داده ها از آزمون شاپیرو ویلک[18]، بررسی پیش فرض برابری واریانس ها از آزمون لوین[19]، برابری واریانس متغیر وابسته از آزمون ام‌باکس[20] و برابری واریانس نمرات متغیر وابسته در دو گروه در سه مرحله اندازه‌گیری از آزمون ماچلی[21] 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

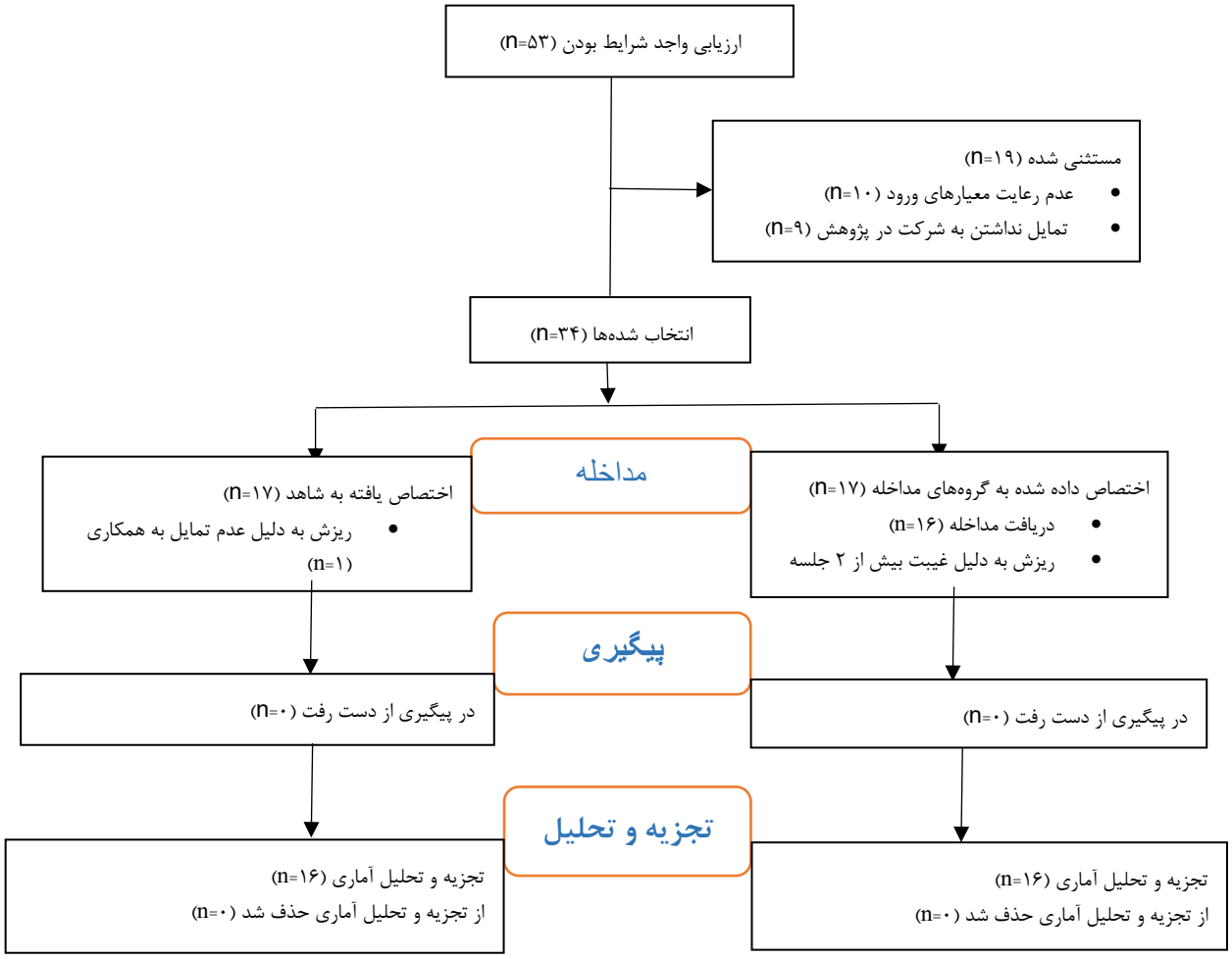
جلسه	اهداف	محتوا
۱	بیان اهداف جلسات، تأکید بر حضور فعالانه اعضا، معرفی اعضای گروه	توضیح جنبه‌های خاص، ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوء تعبیرها از سوی درمانگر/توضیح در مورد روابط والد-فرزندی و اثرات آن/ ارائه تکلیف.
۲	شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب	آموزش ذهن‌خوانی خود و دیگران/ مشکلات تنظیم هیجان/بی ثباتی 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 غیرذهنی سازی/ مدیریت پیش‌ذهنی‌سازی/آموزش روش‌های آرمیدگی/ارائه تکلیف
۵	بررسی اهمیت روابط دلبستگی	آموزش الگوی دلبستگی/راهبردهای 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

[18] Shapiro-Wilk test
[19] Levin's test
[20] M-box test
[21] Machelli's test

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]

۸	مشخصات و اهداف اختصاصی درمان ذهنی‌سازی	آموزش مشخصات و اهداف اختصاصی با تمرین سه مرحله ذهنی‌سازی/ تمرین گروهی ذهنی سازی/ارائه تکلیف
۹	جنبه دلبستگی درمان ذهنی‌سازی	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 پیش‌ذهنی‌سازی	آموزش رابطه اضطراب، ترس، فرآیند پیش‌ذهنی‌سازی/ثبت ارتباط ناکامی و اضطراب/آموزش یاری به‌دیگری/ارائه تکلیف
۱۱	افسردگی و ذهنی‌سازی	آموزش افسردگی، ناکامی، پیش‌ذهنی‌سازی/بحث در مورد تفکرات و عوامل افسرده‌ساز/ارائه تکلیف
۱۲	خلاصه و جمع‌بندی	بررسی گروهی آموزش‌های کاربردی/گزارش تجربیات ثبت شده
۱۳	طرح‌بندی مشارکتی درمان	پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند بررسی کنند/بررسی ریشه‌ها و پیامدها/تأیید همدلانه
۱۴	شفاف‌سازی	آموزش تدوین مسئله، راهبرد، آزمودن راهبرد، اصلاح نتایج
۱۵	کاوش	بررسی مشکلات و ناکامی‌ها/ 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 ذهنی‌سازی/تقویت علاقه به ذهنی‌سازی ارتباط/تمرین ذهنی‌سازی خود
۱۸و ۱۹	ذهنی‌سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال	آموزش ارتباط، ناکامی،ردیاب‌های اضطراب/ارتباط پیش‌ذهنی‌سازی 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.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]



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

یافته ها

نتایج بررسی متغییرهای جمعیت‌شناختی نشان داد، میانگین سنی گروه آزمایش ۱/۰۶ ± ۱۶/۴۱ و در گروه کنترل ۱/۰۱ ± ۱۶/۱۷ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر سن تفاوت معناداری وجود ندارد(F=۰/۴۳۵، p=۰/۵۱۴).وهمچنین در گروه درمان ذهنی‌سازی، 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 خی‌دو برای بررسی تفاوت متغییر جنسیت در دو گروه، حاکی از عدم تفاوت معنادار بود(χ^2=۰/۱۲۵، p=۰/۷۲۴). یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (جدول ۲)، نشان داد، بین میانگین نمرات عدم تحمل ناکامی، اختلاف ۲۶/۳۶ در کاهش میانگین نمرات گروه آزمایش از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون 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 بی‌عدالتی به ترتیب برابر با ۵/۵۸، ۵/۸۳، ۵/۲۴ و ۴/۷ بود؛ در حالی‌که در گروه کنترل تغییرات قابل توجهی وجود نداشت. به‌منظور بررسی فرضیه پژوهشی و قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پیش¬فرض های نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلک برابری واریانس خطا بین دو گروه پژوهش با آزمون لوین، برابری ماتریس واریانس-کوواریانس با آزمون امباکس بررسی و تأیید

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]

شد ($p>۰/۰۵$). اما پیش‌فرض کرویت از طریق آزمون ماچلی نشان داد که این پیش‌فرض رعایت نشده است ($p<۰/۰۵$). به‌دلیل عدم رعایت پیش فرض کرویت، نتایج برحسب تصحیح درجه آزادی برحسب اپسیلون و آماره گرین‌هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی ارایه شد. نتایج مقایسه بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی در ابعاد متغیر پژوهش از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد (جدول۳) 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 بی‌عدالتی معنادار هستند ($p<۰/۰۵$). 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 بی‌عدالتی تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۵$). بنابراین اثر بین‌گروهی در ابعاد عدم تحمل ناکامی، تحلیل واریانس انجام شده به‌ترتیب برای عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت و عدم تحمل بی‌عدالتی 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 می‌دهد که بیانگر سطح متوسط اندازه اثر مداخله است . چنان‌که در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بون‌فرونی مشاهده می‌شود، در ابعاد عدم تحمل ناکامی از مرحله پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری تغییر معناداری اتفاق افتاده، ولی بین پس‌آزمون با پیگیری این دو متغیر تغییر معناداری نداشته و اثرات درمان پایدار مانده‌است. بنابراین در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت، مداخله ذهنی‌سازی 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 مانده‌است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی ابعاد عدم تحمل ناکامی به‌تفکیک گروه‌ها در سه مرحله پژوهش

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عدم تحمل عاطفی	درمان ذهنی‌سازی	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 ذهنی‌سازی	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 ذهنی‌سازی	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 بی‌عدالتی	درمان ذهنی‌سازی	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 بلاتکلیفی)	درمان ذهنی‌سازی	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

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرارشده (مکرر) متغییر عدم تحمل ناکامی و ابعاد آن

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا	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 بلاتکلیفی)	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 تعقیبي بونفرونی برای مقایسه زمان‌ها در متغییر عدم تحمل ناکامی و ابعاد آن

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

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]

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 نشده‌است؛ 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 اخلال 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). به‌عبارتی در شرایط ناکامی، معمولاً این نوجوانان وارد حالت ذهن‌خوانی (پیش‌ذهنی‌سازی) افراطی می‌شوند (۲۰). بنابراین به‌نظر 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 ذهن‌خوانی 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

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]

بی‌عدالتی (درک تحریف شده از نابرابری و واکنش‌های خصمانه یا تهاجمی) است (۱۵). بیتمن و فوناگی (۳۰،۳۱) بر این باورند که در موقعیت‌های تهدید کننده یا ناکام کننده نوجوانان مبتلا به شخصیت مرزی به‌دلیل 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 شکل‌گیری 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 کنجکاوی 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 به‌دلیل 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 به‌دلیل عدم توانایی در معنابخشی به ناراحتی و تشخیص آن به‌عنوان حالت موقت و همچنین نداشتن ظرفیت ماندن در موقعیت پرتنش بدون اجتناب یا واکنش افراطی مطح 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 به‌دلیل 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 به‌شکست، 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 به‌دلیل 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 به‌بررسی 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 به‌بهبود 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 تأئید 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

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]

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

نتیجه گیری

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 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 منافعی را گزارش نکردند.

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. Iliaeifar 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.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]

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. Kumpasoğlu 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.

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]

Torbat Jam University of Medical Sciences
Health Research and Development Journal
Vol. 3, No.4 , October 2025

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

[Downloaded from jhrd.trjums.ac.ir on 2025-12-16]