مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی– تحلیلی بر بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

ساناز عینی[1]، محمد نریمانی[1*]، اکبر عطادخت[1]، سجاد بشرپور[1]، فریبا صادقی موحد[2]

۱. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

نشریه پایش

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۲/۱۸

سال هفدهم، شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۷ صص ۲۸۷-۲۷۵

[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۶ اردیبهشت ۹۷]

چکیده

مقدمه: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی- تحلیلی، روش‌های اختصاصی برای درمان اختلال شخصیت مرزی هستند. بنابراین هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و شناختی- تحلیلی بر بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است.

مواد و روش کار: این پژوهش از نوع تجربی است و از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه‌آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به بیمارستان روانپزشکی ایثار و فاطمی اردبیل در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. ۴۵ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گواه قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول ۲۰ جلسه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، گروه آزمایشی دوم ۱۶ جلسه درمان شناختی- تحلیلی را دریافت کردند، گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه بالینی ساختاریافته، پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون III و پرسشنامه روابط موضوعی استفاده شد. داده‌ها با کمک آزمون آماری تحلیل کوواریانس و توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل در روابط موضوعی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنادار مشاهده شد ($P<۰/۰۰۱$). همچنین اثربخشی درمان مبتنی‌برذهنی‌سازی در بهبود دلبستگی ناایمن و بی‌کفایتی اجتماعی از درمان شناختی- تحلیلی بیشتر بود ($P<۰/۰۵$) ولی در بهبود روابط موضوعی بین این دو مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری: هر دو روش درمانی از مداخلات مؤثر در بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بودند.

کلیدواژه: اختلال شخصیت مرزی، درمان شناختی- تحلیلی، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، روابط موضوعی

کد اخلاق: IR.ARUMS.REC.1396.134

* نویسنده پاسخگو: اردبیل، خیابان دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تزیینی و روانشناسی، گروه روانشناسی

E-mail: m_narimani1341@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5]

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (borderline personality disorder-BPD)، الگوی فراگیری از بی‌ثباتی در روابط بین‌فردی، خودانگاره، عواطف و تکانشگری بارز است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود. صفات متمایزکننده این اختلال، آشفتگی در خودپنداره و احساس‌های پوچی و بیهودگی مزمن می‌باشد [۱]. خودکشی و تلاش برای آسیب رساندن به خود، شاخص اصلی این اختلال است [۲]. علائم BPD را در پنج هسته‌ی اصلی بی‌نظمی خوشه‌بندی کرده‌اند: هیجانات، روابط‌بین‌فردی، رفتاری، احساس از خود و شناخت [۳]. شیوع BPD تقریباً ۱/۶ درصد در جمعیت کلی است؛ در مراکز مراقبت اولیه ۶ درصد، در افرادی که به کلینیک‌های بهداشت روانی سرپایی مراجعه می‌کنند۱۰ درصد و در بیماران روانی بستری ۲۰ درصد است [۱].

رویکردهای متفاوت روان‌شناختی به بررسی علل BPD از ابتدای تولد و چگونگی تأثیرگذاری روابط والدین بر این اختلال پرداخته‌اند؛ عمیق‌ترین آنها رویکرد روان‌تحلیلی بوده است. یکی از نظریه‌های برگرفته از رویکرد روان‌تحلیلی که می‌تواند در سبب‌شناسی BPD مورد توجه قرار گیرد، روابط موضوعی (object relations) است. اصطلاح «موضوع» به هر چیزی اشاره دارد که نیازی را برآورده می‌سازد. فروید نخستین بار در زمینه روابط اولیه مادر- فرزند از اصطلاح موضوع استفاده کرد. این واژه در ترکیب با روابط، به روابط بین شخصی اشاره دارد و حاکی از بقایای درونی‌شده روابط گذشته است که تعاملات کنونی فرد را با دیگران شکل می‌دهد [۴]. تجارب نامطلوب کودکی باعث می‌شود کودکان بازنمایی‌های موضوعی مختلی را درونی کنند که امکان تلفیق جنبه‌های مطلوب و نامطلوب نزدیکان را فراهم نمی‌سازد. در نتیجه‌ی این روابط موضوعی مختل، منِ ناایمن پدید می‌آید که ویژگی اصلی اختلال شخصیت مرزی است [۵]. کوی-کان و همکاران [۶] نشان دادند که افراد مبتلا به BPD نمره بالایی در دلبستگی ناایمن و دوسوگرا دارند و ترکیبی از این دو سبک دلبستگی مختص به BPD است. در پژوهشی بر مبنای توصیف BPD براساس DSM-5 مشخص شد که BPD سازمانی از تجارب درونی است که براساس شدت آسیب شناسی خود و روابط موضوعی مشخص می‌شود [۷]. در پژوهش دیگری نیز مشخص شد که بعد شناختی روابط موضوعی، رفتارهای خودکشی را در افراد مبتلا به BPD پیش‌بینی می‌کند و بین کیفیت بازنمایی‌های موضوعی و خودکشی در افراد مبتلا به دیگر اختلالات شخصیت رابطه معنادار وجود ندارد [۸]. هاپریچ و همکاران [۹] نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که روابط موضوعی، بهتر از بدتنظیمی هیجانی، عاطفه منفی، تکانشگری و علائم BPD را پیش‌بینی می‌کند.

براساس شواهد نظری مربوط به BPD و شیوع بالای این اختلال، اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته است. در میان آنها می‌توان به طرحواره‌درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی و رواندرمانی متمرکز بر انتقال اشاره کرد [۱۰]. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (mentalization -MBT based treatment نوع خاصی از روان‌درمانی روان‌پویشی است که بتمن و فوناگی [۱۱] برای درمان بیماران مبتلا به BPD ابداع کرده‌اند. این الگوی درمانی، BPD را با وجود همه پیچیدگی‌هایش تبیین می‌کند و مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریه دلبستگی بالبی و ذهنی‌سازی. فرض اصلی MBT این است که کمبود ظرفیت ذهنی‌سازی منجر به رشد BPD می‌شود. ظرفیت ذهنی‌سازی که یک کارکرد بازتابی تلقی می‌شود، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین‌فردی در دوران کودکی به‌خصوص روابط دلبستگی بدست می‌آید و زیربنای رفتارهای آشکار است. بیماران مبتلا به BPD، کمبودهایی در ظرفیت ذهنی‌سازی دارند که با سبک دلبستگی ناایمن مرتبط است [۱۲]. MBT یک رویکرد درمانی ساختاریافته‌ای است که به ۳ مرحله متمایز تقسیم می‌شود. اهداف کلی مرحله‌ی اولیه عبارت است از: ارزیابی ظرفیت ذهنی‌سازی بیمار، کارکرد شخصیت، قرارداد بستن و درگیرکردن بیمار در درمان و شناسایی مشکلاتی که ممکن است با درمان تداخل داشته باشند. هدف مرحله میانی، تحریک ظرفیت ذهنی‌سازی قوی‌تر در چارچوب برانگیختگی عاطفی و روابط دلبستگی است. در مرحله پایانی نیز آماده‌سازی بیمار برای پایان دادن به درمان انجام می‌شود [۱۳]. کانون اصلی MBT، کمک به درمانجو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل کند. هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمانجو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند [۱۴]. چهار بعد را برای ذهنی‌سازی شناسایی کرده‌اند: خودکار در مقابل کنترل‌شده، خود در مقابل دیگری، ویژگی‌های درونی در مقابل ویژگی‌های بیرونی و شناختی در مقابل عاطفی. توانایی ذهنی‌سازی مستلزم این است که افراد بتوانند نه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5]

تنها نوعی تعادل را در این ابعاد حفظ کنند، بلکه باید بتوانند ابعاد را به طور مناسبی با توجه به شرایط محیطی مورد استفاده قرار دهند [۱۵]. نیمرخ ذهنی‌سازی افراد مبتلا به BPD با تأکید بر بعد ذهنی‌سازی خودکار، دیگران، ویژگی‌های بیرونی و عاطفی مشخص می‌شود [۱۵]. MBT در درمان نوجوانان مبتلا به BPD مؤثر است [۱۴]. زیاد بودن تجارب از تنبیه‌های دوران کودکی با کاهش توانایی ذهنی‌سازی در بزرگسالی رابطه دارد و کاهش توانایی ذهنی‌سازی زیربنای اختلال شخصیت مرزی است [۱۶]. MBT در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی، در ترکیب با آن جنبه‌های خاصی از مهارت‌های شناختی- اجتماعی و امنیت دلبستگی را بهبود می‌بخشد [۱۷]. بهبودی نشانه‌های پریشانی، عملکرد شغلی و بین‌فردی در بیمارانی که MBT را دریافت کرده‌اند نسبت به بیمارانی که برنامه‌های درمانی روان‌پویشی سنتی را دریافت کرده‌اند به‌طور معنادار بیشتر است [۱۸]. رویکرد درمانی جدید دیگری که با نتایج نویدبخشی در درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت، به‌ویژه BPD ظهور کرده است، درمان شناختی- تحلیلی (cognitive-analytical therapy-CAT) است. CAT درمانی فعال است که براساس فرمول‌بندی مبتنی بر ادغام عناصر مفید و مؤثر نظریه روان‌پویشی، روابط موضوعی و روانشناسی شناختی به ویژه نظریه سازه‌های فردی کلاین استوار است و با همکاری درمانگر و بیمار، مشارکت کامل بیمار را می‌طلبد [۱۹]. CAT به عنوان یکی از درمان‌های کوتاه‌مدت روان‌شناختی رویکردی ماهرانه، فعال و مبتنی بر بینش‌افزایی دارد و در موقعیت‌های گروهی به طور ماهرانه در حل مسائل و تقویت انگیزش برای تغییر عمل می‌کند [۱۹]. CAT باعث کاهش رفتارهای خودآسیب‌زنی و بهبود سازگاری اجتماعی و هیجانی افراد مبتلا به BPD می‌شود [۲۰]. در کاهش علائم و بهبود سلامت روان افراد مبتلا به BPD مؤثر است [۲۱]. در BPD، این درمان بر شیوه و سبک حفظ نگرش‌های منفی نسبت به خود و نگرش‌های مطیعانه نسبت به دیگران تمرکز دارد که این نگرش‌ها در نهایت منجر به شکست فرد در ایجاد و حفظ یک ارتباط مداوم و همراه با احساس رضایت در فرد می‌شود [۲۲]. CAT باعث کاهش نشانه‌های BPD در بیماران می‌شود و بیماران می‌توانند با خشم و ترسشان برای مقابله با دنیای واقعی مقابله کنند [۲۳]. این درمان به شیوه گروهی راهبرد مناسبی برای کاهش تکانشگری مبتلایان به BPD است [۲۴]. جی‌مینو و چیگلانا [۲۵] در پژوهشی بیان کردند که CAT مانند MBT، در درمان BPD یک رویکرد درمانی مؤثری است که تأثیر معناداری در کاهش علائم مرزی و نیز بهبود عملکرد بین‌فردی دارد. این محققان در پژوهش دیگری نیز نشان دادند که CAT باعث کاهش معنادار مشکلات بین‌فردی می‌شود، اما توانایی ذهنی‌سازی را به‌طور معنادار افزایش نمی‌دهد [۲۶].

در مجموع ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به BPD، شیوع بالا و افزایش میزان خودکشی در این بیماران دلایل مستدلی هستند که اهمیت توسعه و کاربست درمان‌های مؤثر برای این اختلال را نشان می‌دهد. از سوی دیگر نتایج پژوهش‌ها مختل‌بودن روابط موضوعی را در افراد مبتلا به BPD و نیز اثربخش بودن MBT و CAT بر کاهش علائم BPD نشان داده‌اند. عدم بررسی MBT در بیماران مبتلا به BPD در ایران، خلاء دیگری است که با این مطالعه پر خواهد شد و نتیجه چنین مطالعه‌ای به عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیشتر و نیز طراحی مداخلات متناسب جهت بهبود روابط موضوعی این بیماران خواهد بود. بنابراین این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی MBT و CAT بر بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به BPD انجام شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر آزمایشی از نوع تجربی است که در آن از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه‌آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به بیمارستان روانپزشکی ایثار و بخش روانپزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند (N =۷۰). در تحقیقات آزمایشی حداقل حجم نمونه در هر زیرگروه ۱۵ نفر باشد [۲۷]، نمونه پژوهش شامل ۴۵ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که به صورت نمونه‌گیری دردسترس، با توجه به پذیرش افراد برای شرکت در پژوهش، در وهله اول و دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج از میان جامعه آماری انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند (۱۵ نفر گروه آزمایشی اول، ۱۵ نفر گروه آزمایشی دوم و ۱۵ نفر گروه گواه). ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱) دارا بودن ملاک‌های تشخیصی BPD براساس DSM-5 در ارزیابی توسط روانپزشک و مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس فرم ۵ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای محور دو و تشخیص روانپزشکی؛ ۲) بدست آوردن نمره بالاتر از (BR> ۸۴) در سؤالات مربوط به اختلال

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5]

شخصیت مرزی آزمون میلون؛ ۳) حداقل تحصیلات دیپلم؛ ۴) دامنه سنی بین ۱۸ تا ۵۰؛ ۵) نداشتن مسمومیت دارویی و مشکلات طبی بازدارنده. ملاک‌های خروج عبارتند از: ۱) عدم تمایل برای ادامه درمان؛ ۲) ابتلا به اختلالات خلقی؛ ۳) مصرف مواد در طول دوره‌ی درمانی.

ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از:

۱. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور II (SCID-II): این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته است که فراست و همکاران [۲۸] برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت محور II براساس DSM-5 و همچنین اختلال شخصیت منفعل- پرخاشگر تدوین کرده‌اند. در رابطه با پایایی این آزمون مطالعاتی انجام شده است که همگی پایایی بالای این آزمون را نشان داده‌اند. ضریب کاپا برای بیماران از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت وسواسی تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی (با کاپای کلی ۰/۵۳) متغیر بود و برای بیماران غیرروانپزشکی، توافق بین ارزیابان به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر و کاپای کلی ۰/۳۸ گزارش شد [۲۸]. شریفی و همکاران پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده‌شده با نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن را گزارش کرده‌اند [۲۹].

۲. پرسشنامه چندمحوری میلون۳ (MCMI -III): این پرسشنامه توسط تیودور میلون روانشناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۸۱ تهیه گردیده است، و شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی است. اعتبار و روایی این آزمون در مطالعات دیگر تایید گردید [۳۰]. رحمانی و همکاران [۲] اعتبار آزمون را از طریق همسانی درونی محاسبه کردند و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۸۷ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از سانحه) به دست آمد.

۳. پرسشنامه روابط موضوعی بل (BORI): پرسشنامه روابط موضوعی بل و همکاران [۳۱] بخشی از پرسشنامه ۹۰ گزینه‌ای روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی بل (BORRTI) است. این پرسشنامه از طریق چهار خرده مقیاس (بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خودمیان‌بینی، بی‌کفایتی اجتماعی) ارزیابی دقیق و معتبری از روابط موضوعی ارائه می‌دهد [۳۲]. بل و همکاران [۳۱] درباره پایایی و روایی این پرسشنامه گزارش نمودند که این ابزار از این جهت که قادر به تفکیک جمعیت بالینی می‌باشد، از درجه بالایی از اعتبار تفکیکی برخوردار می‌باشد و همچنین از لحاظ همبستگی بالای آن با دیگر ابزارهای سنجش آسیب‌پذیری روانی، اعتبار همزمان قابل قبولی را برای آن برآورد نموده‌اند. هادی‌نژاد و همکاران [۳۲] ضریب آلفای کرونباخ را برای بی‌کفایتی اجتماعی، خودمحوری، دلبستگی ناایمن و بیگانگی، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین، همبستگی بین سیاهه ۹۰ سؤالی علائم- فرم بازنگری‌شده (SCL-90-R) و خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ بود [۳۲].

محتوای جلسات درمان شناختی- تحلیلی به تفکیک جلسات و برگرفته از پروتکل درمانی ریلی و کیر [۲۰] تنظیم شد:

جلسه اول- سنجش آغازین، فرمول‌بندی مجدد، تدوین فهرست مشکلات هدف بیمار و ترغیب وی به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات با همکاری متقابل بین درمانگر و بیمار.

جلسه دوم- بازنگری فرمول‌بندی براساس جمع‌آوری سابقه شخصی، تدوین تاریخچه فردی و تاریخچه بیماری. شامل: رویداد راه‌انداز، شیوه بین‌فردی، شیوه‌ی شناختی، شیوه‌ی احساسی، دلبستگی، مزاج، حکم والدین، دیدگاه نسبت به خود، دیدگاه نسبت به جهان. **جلسه سوم**- بازنگری فرمول‌بندی براساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه های بیماری. **جلسه چهارم**- بازنگری فرمول‌بندی براساس افکار ناکارآمد، نظام‌های باورها و رفتارهای بیمار با تمرکز بر انگاره‌های خاص بیمار (ترک‌شدن، معیوب‌بودن و جدایی اجتماعی) و شناسایی تله یا چرخه تکراری رفتار و در نهایت نوشتن نامه فرمول بندی مجدد به بیمار. **جلسه پنجم**- تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمول‌بندی نهایی براساس فرمول‌بندی اولیه مربوط به مشکلات، علائم و نشانگان بالینی. **جلسه ششم**- بازشناسی رخدادهای آشکارساز مشکلات، نقاط قوت و توانمندی‌های بیمار، شناسایی روند آسیب‌شناسی و در نهایت فرمول‌بندی ترسیمی. **جلسه هفتم**- بازشناسی مشکلات و بی‌ثباتی عواطف و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه ها و افکارناکارآمد با همکاری بیمار و بازبینی در پیامد و شدت نشانه های بیماری. **جلسه هشتم**- بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین‌فردی و آموزش فنون بازبینی رویه های ناکارآمد و اصلاح این روابط، نشانه ها و روش زندگی. **جلسه نهم**- بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه ها و اصلاح بازبینی های انجام گرفته توسط بیمار. **جلسه دهم**- تجدیدنظر رویه‌ای براساس شناخت تأثیر هیجان و رفتارهای بیمار

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5]

بر علایم بیماری و آگاهی از نحوه استمرار طرحواره‌های قدیمی مرتبط با اختلال شخصیت مرزی نظیر ترک شدن، معیوب بودن، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی. **جلسه یازدهم**- تجدیدنظر رویه‌ای براساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش گذاری هیجانات منفی بیمار و ارزیابی افکار خودآیند منفی. **جلسه دوازدهم**- تجدیدنظر رویه‌ای براساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی درمانجو، بینش نسبت به مسائل و چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع‌گرایانه. **جلسه سیزدهم**- تجدیدنظر رویه‌ای براساس اصلاح نقش‌های بین‌فردی و حمایت‌های اجتماعی. **جلسه چهاردهم**- تجدیدنظر رویه‌ای براساس کمک به بیمار در دستیابی به منبع طرحواره‌های واقع‌بینانه و دستیابی به تله و موانع رشد درون‌فردی و بین‌فردی. **جلسه پانزدهم**- تجدیدنظر رویه‌ای براساس بینش‌افزایی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش اشتغالات ذهنی، مدیریت زندگی و تعریف مجدد از زندگی. **جلسه شانزدهم**- نوشتن نامه‌های خداحافظی و اختتام درمان توسط درمانگر و بیمار با هم و نیز خلاصه‌سازی روند درمان براساس آنچه که کسب شده و هر آنچه که هنوز نیازمند تغییر است.

محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به تفکیک جلسات برگرفته از پروتکل درمانی بتمن و فوناگی (۱۳)- MBT مقدماتی تنظیم شد: جلسه اول- خوشامدگویی/ معرفی رهبرگروه/ بیان اهداف جلسات گروهی/ بیان اهداف جلسه اول (برنامه‌درمان چیست؟ ذهنی‌سازی چیست؟)/ تأکید بر حضور فعالانه اعضا در گروه/ معرفی اعضای گروه و اینکه چرا به درمان ارجاع شده اند؟/ ارائه کاربرگ/ توصیف ساختار گروه/ ارائه فعالیت گروهی/ توضیح جنبه‌های خاص، ابعاد و مزایایی ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوءتعبیرها از سوی رهبرگروه/ بیان مثال‌هایی از سوی شرکت کنندگان/ بررسی موارد مطرح شده از سوی اعضا/ ارائه تکلیف خانگی. **جلسه دوم**- مروری بر بحث جلسه‌ی قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب/ مشکلات در ذهن خوانی خود و دیگران/ مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری/ حساسیت بین‌فردی)/ ارائه تمرین/ شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت کنندگان از سوی رهبر گروه و بحث در مورد آنها/ ارائه تکالیف خانگی. **جلسه سوم**- مروری بر بحث جلسه‌ی قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (هیجانات اصلی و اجتماعی/ هیجانات اولیه و ثانویه)/ ارائه فعالیت گروهی/ توصیف انواع هیجانات و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجانات / ارائه تکلیف خانگی. **جلسه چهارم**- مروری بر بحث جلسه‌ی قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (ذهنی‌سازی هیجانات)/ ارائه فعالیت گروهی در مورد نحوه ثبت هیجانات در رابطه با خود و دیگران/ بحث در مورد موارد مطرح‌شده از سوی شرکت‌کنندگان/ تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ احساسات غیرذهنی‌سازی که بسیار ناراحت‌کننده هستند و چگونه می‌توانیم چنین حالات هیجانی را مدیریت کنیم/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه تکنیک های آرمیدگی/ ارائه تکلیف خانگی. **جلسه پنجم**- مروری بر بحث جلسه‌ی قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (اهمیت روابط دلبستگی)/ بحث در مورد دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه تکالیف خانگی. **جلسه ششم**- مروری بر بحث جلسه ی قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (دلبستگی و ذهنی‌سازی)/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ تعارض‌های دلبستگی/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه تکالیف خانگی. **جلسه هفتم**- مروری بر بحث جلسه‌ی قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (اختلال شخصیت چیست؟ اختلال شخصیت مرزی چیست؟)/ ارائه رویکرد آموزشی/ فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه جزوه‌ی در مورد معیارهای اختلال شخصیت مرزی/ ارائه تکالیف خانگی. **جلسه هشتم**- مروری بر بحث جلسه ی قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (درمان مبتنی بر ذهنی سازی)/ بیان مشخصات و اهداف اختصاصی MBT/ آموزش و تمرین ذهنی‌سازی در گروه/ ارائه تکالیف خانگی. **جلسه نهم**- مروری بر بحث جلسه‌ی قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (جنبه دلبستگی درمان مبتنی بر ذهنی سازی)/ فعالیت گروهی/ بحث/ اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران/ ایجاد روابط دلبستگی با بالینگر و اعضای دیگر گروه/ فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه تکالیف خانگی. **جلسه دهم**- مروری بر بحث جلسه‌ی قبلی/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (اضطراب، دلبستگی و ذهنی سازی)/ ارائه آموزش در مورد اضطراب و ترس/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ بیان انواع اختلالات اضطرابی و راهکارهای درمانی آنها و اینکه یاری شخص دیگر مؤلفه کلیدی در

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5]

درمان است/ فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه تکالیف خانگی. **جلسه یازدهم**- مروری بر بحث جلسه ی قبلی/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (افسردگی، دلبستگی و ذهنی سازی)/ ارائه رویکرد آموزشی در مورد افسردگی/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه آموزش در مورد دوره و درمان افسردگی/ بحث در مورد تفکر افسرده ساز/ ارائه فعالیت گروهی/ بحث/ ارائه تکالیف خانگی. **جلسه دوازدهم**- مروری بر بحث جلسه‌ی قبلی/ بررسی تکالیف/ خلاصه و نتیجه‌گیری

MBT گروهی: جلسه اول- مروری بر بحث گروه قبلی (MBT-I)/ پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می خواهند در گروه مطرح شود. **جلسه دوم**- شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شده‌ی شرکت کنندگان از سوی رهبر گروه/ ترکیب مشکلات/ کاوش مشکلات. **جلسه سوم**- تأیید و همدلی/ آموزش در جهت ذهنی‌سازی مطالب برای تسهیل اعتماد معرفتی. **جلسه چهارم**- شفاف‌سازی رویدادهای مطرح‌شده از سوی شرکت‌کنندگان. **جلسه پنجم**- ذهنی‌سازی رویدادهای مطرح‌شده و مشکلات. **جلسه ششم**- تشخیص الگوهای ارتباطی/ ذهنی‌سازی فرایندهای بین‌فردی در گروه. **جلسه هفتم**- مثلث‌سازی، توقف و جانبداری. **جلسه هشتم**- بستن جلسه.

روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که بعد از کسب کد اخلاق پژوهش از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، هماهنگی‌های لازم با ریاست بیمارستان روانپزشکی ایثار و همچنین مسئولین بخش روان بیمارستان فاطمی صورت گرفت. از بین افرادی که نمره BR بالاتر از ۸۴ را در آزمون میلون-III گرفتند و انجام مصاحبه بالینی با توجه به ملاک‌های DSM-5 برای اختلالات محورII (اختلالات شخصیت)، ۴۵ نفر که مایل به شرکت در پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه گمارش شدند. قبل از ارائه پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به صورت انفرادی نمونه‌ی موردنظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف و کم و کیف پژوهش، در جریان پژوهش قرار گرفتند. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از بیماران برای شرکت در مداخله، پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد تا به تکمیل آنها اقدام کنند. در مرحله‌ی بعدی، گروه آزمایشی اول درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مقدماتی (MBT-I) را به مدت ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای و سپس ۸ جلسه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی گروهی (MBT-G) را به مدت ۲ ماه در قالب جلسات هفتگی ۷۵ دقیقه‌ای و گروه آزمایشی دوم درمان شناختی- تحلیلی را به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمود. گروه گواه ملاقات‌هایی با آزمونگر داشت، ولی درمان فعال و مشخصی روی آنها اجرا نشد. با فاصله دو هفته پس از اتمام مداخلات، اقدام به جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون شد. در ضمن اطمینان‌دهی در مورد محرمانه‌ماندن اطلاعات و آماده‌ساختن افراد نمونه تحقیق از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی این پژوهش بود. داده‌ها با کمک آزمون آماری تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی توکی و در نرم‌افزار آماری SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سنی در گروه آزمایشی (۱) ۱/۳۱ ± ۳۸/۱۳ سال، در گروه آزمایشی (۲) ۱/۴۵ ± ۴۰ و در گروه کنترل ۱/۶۳ ± ۴۰/۷۳ سال بود. در گروه آزمایشی (۱) ۴ نفر تحصیلات زیر دیپلم، ۷ نفر تحصیلات دیپلم و ۴ نفر تحصیلات لیسانس و بالاتر، در گروه آزمایشی (۲) ۵ نفر تحصیلات زیر دیپلم، ۴ نفر تحصیلات دیپلم و ۶ نفر تحصیلات لیسانس و بالاتر و در گروه کنترل ۶ نفر تحصیلات زیردیپلم، ۵ نفر تحصیلات دیپلم و ۴ نفر تحصیلات لیسانس و بالاتر داشتند. در گروه آزمایشی (۱) ۳ نفر بی‌کار، ۱۰ نفر شغل آزاد و ۲ نفر کارمند، در گروه آزمایشی (۲) ۴ نفر بی‌کار، ۸ نفر شغل آزاد و ۳ نفر کارمند و در گروه کنترل ۳ نفر بی‌کار، ۹ نفر شغل آزاد و ۳ نفر کارمند بودند. همچنین در گروه آزمایشی (۱) ۵ نفر مجرد، ۵ نفر متأهل و ۵ نفر متعلقه، در گروه آزمایشی (۲) ۳ نفر مجرد، ۷ نفر متأهل و ۵ نفر مطلقه و در گروه کنترل ۲ نفر مجرد، ۶ نفر متأهل و ۷ نفر مطلقه بودند.

با توجه به اینکه نمره روابط موضوعی حاصل جمع خرده‌مقیاس‌های آن است، برای اجتناب از همبستگی متغیرهای همپراش با یکدیگر، برای بررسی اثربخشی هر کدام از درمان‌ها در بهبود روابط موضوعی در افراد مبتلا به BPD از تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) و در بهبود مؤلفه‌های آن از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون‌ها، پیش‌فرض‌های آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان داد که توزیع نمرات متغیر وابسته در پیش‌آزمون- پس‌آزمون نرمال است و داده‌ها از توزیع

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5]

نرمال برخوردار هستند (P<۰/۰۵). برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین و باکس استفاده شد و نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است. همچنین باتوجه به ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها، مفروضه‌ی خطی‌بودن روابط بین متغیرهای همپراش یا کمکی (نمرات پیش‌آزمون) محقق شد و نیز از آنجا که متغیرهای همپراش با یکدیگر همبستگی بالای ۰/۷ نداشتند، بنابراین مفروضه هم‌خطی چندگانه اجتناب شد. در نهایت همگنی شیب خط رگرسیون از طریق بررسی رابطه بین متغیرهای همپراش با متغیر مستقل (گروه) مورد بررسی قرار گرفت و عدم معناداری نشان‌دهنده همگنی شیب رگرسیون بود. با توجه به زیادبودن جداول آماری، جداول مربوط به پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس‌ها با هم و نیز جداول مربوط به آزمون‌های تعقیبی باهم آورده شده‌اند.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مقدار BOX معنادار نبوده و کوواریانس ها هم گروه هستند (P=۰/۱۲۸) . براساس نتایج آزمون لوین و عدم معناداری آن برای متغیر روابط موضوعی و مؤلفه‌های آن، شرط برابری واریانس بین‌گروهی رعایت شده است. همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، مداخلات درمانی بر روابط موضوعی (P=۰/۰۳۹) تأثیر معناداری دارند. به‌عبارت دیگر، در اثر مداخلات درمانی روابط موضوعی در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل بهبود یافته است. سطح معناداری لامبدای ویلکز (F=۴/۲۰۶، DF=۸فرضیه، DF=۵۴خطا، P=۰/۰۰۱، Eta =۰/۳۸۴) قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره را برای بررسی اثربخشی مداخلات در مؤلفه‌های روابط موضوعی مجاز می‌شمارد و نشان می‌دهد که در میان گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. (P<۰/۰۵). مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که تفاوت بین سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است.

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، مداخلات درمانی بر خودمیان‌بینی (P=۰/۰۴۶)، دلبستگی ناایمن (P=۰/۰۳۶)، بی‌کفایتی اجتماعی (P=۰/۰۲۵) و بیگانگی (P=۰/۰۲۶) در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنادار دارند. به‌عبارت دیگر این یافته‌ها بیانگر بهبود مؤلفه‌های خودمیان‌بینی، دلبستگی ناایمن، بی‌کفایتی اجتماعی و بیگانگی در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل است.

برای مقایسه اثربخشی دو مداخله‌ی درمانی از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در روابط موضوعی و مؤلفه‌های خودمیان‌بینی و بیگانگی بین MBT و CAT تفاوت معناداری وجود ندارد (P<۰/۰۵). منتها بین MBT و گروه کنترل، CAT و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). به عبارتی هر دو درمان بر بهبود روابط موضوعی، خودمیان‌بینی و بیگانگی افراد مبتلا به BPD تأثیر معناداری داشته‌اند ولی این دو درمان از نظر اثربخشی تفاوت معناداری باهم نداشته‌اند. در دلبستگی ناایمن و بی‌کفایتی اجتماعی بین MBT و CAT تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). همچنین بین MBT و گروه کنترل، CAT و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). به عبارتی هر دو درمان بر بهبود خودمیان‌بینی و بیگانگی افراد مبتلا به BPD تأثیر معناداری داشته‌اند و نیز اثربخشی MBT در بهبود دلبستگی ناایمن و بی‌کفایتی اجتماعی نسبت به CAT بیشتر است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5]

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های روابط موضوعی در گروه‌های آزمایشی ۱ و ۲ و گروه کنترل

	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
			(انحراف‌معیار) میانگین	(انحراف‌معیار) میانگین
خودمیان‌بینی	آزمایشی ۱ (MBT)	۱۵	۱۵/۶۰(۰/۶۶)	۳/۹۳(۱/۴۸)
	آزمایشی ۲ (CAT)	۱۵	۱۵/۰۰(۰/۶۷)	۵/۷۳(۱/۷۵)
	کنترل	۱۵	۱۴/۰۶(۰/۳۹)	۱۳/۲۶(۱/۷۹)
دلبستگی ناایمن	آزمایشی ۱ (MBT)	۱۵	۹/۵۳(۰/۳۲)	۲/۱۳(۰/۹۱)
	آزمایشی ۲ (CAT)	۱۵	۸/۶۶(۰/۴۳)	۳/۷۳(۱/۸۶)
	کنترل	۱۵	۸/۶۰(۰/۳۲)	۸/۶۰(۱/۰۵)
بی‌کفایتی اجتماعی	آزمایشی ۱ (MBT)	۱۵	۱۷/۰۶(۰/۵۴)	۶/۹۳(۲/۶۰)
	آزمایشی ۲ (CAT)	۱۵	۱۶/۵۳(۰/۵۴)	۱۰/۲۶(۲/۷۸)
	کنترل	۱۵	۱۵/۱۳(۰/۵۴)	۱۴/۴۰(۲/۴۴)
بیگانگی	آزمایشی ۱ (MBT)	۱۵	۴/۳۳(۰/۳۶)	۱/۲۶(۰/۷۰)
	آزمایشی ۲ (CAT)	۱۵	۴/۶۶(۰/۲۸)	۲/۰۰(۱/۱۳)
	کنترل	۱۵	۴/۴۶(۰/۲۹)	۴/۰۶(۱/۱۶)
روابط موضوعی	آزمایشی ۱ (MBT)	۱۵	۲۳/۶۶(۳/۳۶)	۹/۲۶(۳/۶۷)
	آزمایشی ۲ (CAT)	۱۵	۲۱/۹۳ (۲/۶۳)	۹/۰۶ (۲/۶۸)
	کنترل	۱۵	۲۲ (۳/۳۵)	۲۳/۲۶ (۲/۷۸)

جدول۲: نتایج آزمون باکس و لوین در مورد پیش‌فرض همگنی کوواریانس‌ها و واریانس‌ها

BOX	DF1	DF2	F	P
۳۱/۷۰۶	۲۰	۶۳۳۱/۹۸۰	۱/۳۶۴	۰/۱۲۸
Leven	DF1	DF2	F	P
پس‌آزمون خودمیان‌بینی	۲	۴۲	۱/۰۰	۰/۳۷۶
پس‌آزمون دلبستگی ناایمن	۲	۴۲	۱/۴۲	۰/۲۵۲
پس‌آزمون بی‌کفایتی اجتماعی	۲	۴۲	۲/۰۹	۰/۱۳۶
پس‌آزمون بیگانگی	۲	۴۲	۱/۵۲	۰/۲۳۰
پس‌آزمون روابط موضوعی	۲	۴۲	۰/۵۶۸	۰/۵۷۱

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) مربوط به اثربخشی مداخلات درمانی بر بهبود روابط موضوعی

	متغیر وابسته	DF	MS	F	P	Eta
گروه		۲	۲۸/۰۹۱	۳/۵۳۵	۰/۰۳۹	۰/۱۵۳
گروه* پیش‌آزمون	روابط موضوعی	۳	۲۱/۶۱۸	۲/۷۲۰	۰/۰۵۸	۰/۱۷۸

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) مربوط به میانگین نمرات مؤلفه‌های روابط موضوعی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون

	متغیر وابسته	DF	MS	F	P	Eta
گروه	خودمیان‌بینی	۲	۷/۸۸۰	۳/۴۱۸	۰/۰۴۶	۰/۱۸۶
	دلبستگی ناایمن	۲	۶/۴۰۶	۳/۷۳۸	۰/۰۳۶	۰/۱۹۹
	بی‌کفایتی اجتماعی	۲	۲۰/۹۶۶	۴/۲۰۴	۰/۰۲۵	۰/۲۱۹
	بیگانگی	۲	۴/۰۱۶	۴/۱۱۰	۰/۰۲۶	۰/۲۱۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5]

جدول۵: نتایج آزمون توکی برای مقایسه دو به‌دوی گروه‌ها

	گروه i	گروه j	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندار میانگین	p
خودمیان‌بینی	MBT	CAT	-۰/۲۶۶	۰/۶۲۷	۰/۰۶۳
		کنترل	-۱۰/۵۳۳	۰/۶۲۷	۰/۰۰۰
	CAT	کنترل	-۷/۲۶۶	۰/۶۲۷	۰/۰۰۰
دلبستگی ناایمن	MBT	CAT	-۱/۶۰۰	۰/۴۲۹	۰/۰۰۶
		کنترل	-۶/۴۶۶	۰/۴۲۹	۰/۰۰۰
	CAT	کنترل	-۴/۸۶۶	۰/۴۲۹	۰/۰۰۰
بی‌کفایتی اجتماعی	MBT	CAT	-۳/۳۳۳	۰/۹۵۵	۰/۰۰۳
		کنترل	-۷/۴۶۶	۰/۹۵۵	۰/۰۰۰
	CAT	کنترل	-۴/۱۳۳	۰/۹۵۵	۰/۰۰۰
بیگانگی	MBT	CAT	-۰/۷۳۳	۰/۳۷۳	۰/۱۳۴
		کنترل	-۲/۸۰۰	۰/۳۷۳	۰/۰۰۰
	CAT	کنترل	-۲/۰۶۶	۰/۳۷۳	۰/۰۰۰
روابط موضوعی	MBT	CAT	۰/۲۰۰	۱/۰۹۰۸۰	۰/۹۸۲
		کنترل	-۱۳/۶۶	۱/۰۹۰۸۰	۰/۰۰۰
	CAT	کنترل	-۱۳/۸۶	۱/۰۹۰۸۰	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شناختی- تحلیلی بر روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که هر دو درمان در بهبود روابط موضوعی و مؤلفه‌های آن (خودمیان‌بینی، بیگانگی، دلبستگی ناایمن و بی‌کفایتی اجتماعی) در افراد مبتلا به BPD در مرحله‌ی پس‌آزمون تأثیر معنادار داشته‌اند. نتایج آزمون توکی نیز نشان داد که بین این دو درمان از نظر بهبود روابط موضوعی در افراد مبتلا به BPD تفاوت معنادار وجود ندارد، ولی اثربخشی MBT در بهبود دلبستگی ناایمن و بی‌کفایتی اجتماعی از CAT بیشتر بود در حالی‌که در بهبود بیگانگی و خودمیان‌بینی تفاوت معنادار بین دو گروه مداخله‌ای MBT و CAT وجود نداشت. نتایج به دست آمده پیرامون اثربخشی MBT بر بهبود روابط موضوعی و مؤلفه‌های آن در افراد مبتلا به BPD با تحقیقات [۱۸-۱۷] همسو می‌باشد. اولیویرا و همکاران [۱۴] نشان داده‌اند که MBT در درمان نوجوانان مبتلا به BPD مؤثر است. پیترسون و همکاران [۱۶] نیز در پژوهش خود نشان داده‌اند که زیاد بودن تجارب از تنبیه‌های دوران کودکی با کاهش توانایی ذهنی‌سازی در بزرگسالی رابطه دارد دارد و کاهش توانایی ذهنی‌سازی زیربنای اختلال شخصیت مرزی است؛ همچنین یافته‌های این پژوهش از تأثیر MBT در بهبود بیماران مبتلا به BPD حمایت کرده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که در افراد مبتلا به BPD به دلیل دلبستگی آشفته در دوران کودکی نوعی بی‌اعتمادی معرفتی ایجاد شده است که مانع از تعاملات اجتماعی سازنده می‌شود. MBT با به کاربردن نشانه‌های تظاهرآمیز باعث افزایش اعتماد معرفتی در این افراد می‌شود. بازخوانی اعتماد معرفتی از طریق ذهنی‌سازی بهبودیافته در طی درمان به فرد اجازه می‌دهد تا مسائل را بهتر درک کند و ذهنش را برای فهمیدن احساساتش بگشاید. فرد با غلبه بر بی‌اعتمادی معرفتی اطلاعات مثبت اجتماعی که قبلاً رد شده بودند را تثبیت می‌کند و قادر می‌شود باورهایش را تغییر دهد [۱۳]. از سوی دیگر MBT یک موضع نداستن ارائه می‌دهد که پایه‌ای برای کاوش دیدگاه فرد می‌باشد؛ با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین بیمار و درمانگر تجربه بیمار را در این مورد که او تنها نیست افزایش می‌دهد و نشان می‌دهد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص‌کردن حالات ذهنی و افزایش پویابودن مفید باشد [۱۳]؛ بنابراین می‌تواند باعث کاهش بیگانگی در فرد شود. تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین‌فردی در طول یک جلسه و در طول زمان زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن به کاوش حالت‌های پیچیده‌تر ذهنی در زمینه‌ی از دلبستگی پرداخته شود. بنابراین این درمان باعث بهبود روابط موضوعی و مؤلفه‌های آن در افرادمبتلا به BPD است.

نتایج به دست آمده پیرامون اثربخشی CAT بر بهبود روابط موضوعی و مؤلفه‌های آن با تحقیقات [۳۳] همسو است کلارک و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5]

همکاران [۳۳] نشان داده‌اند که ترغیب به یادآوری و بازگشایی تجربیات آسیب‌زای اولیه و حل‌و فصل آنها در CAT نقش مؤثری در کاهش علائم بیمارگونه و کاهش درماندگی روان‌شناختی دارد. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که CAT در BPD بر شیوه و سبک حفظ نگرش‌های منفی نسبت به خود و نگرش‌های مطیعانه نسبت به دیگران تمرکز دارد؛ این نگرش‌ها در نهایت منجر به شکست فرد در ایجاد و حفظ یک ارتباط مداوم و همراه با احساس رضایت در فرد می‌شود. CAT با تمرکز بر فرایند فرمول‌بندی مجدد، باعث تجدیدنظر در ارتباطات موضوعی دوران کودکی می‌شود [۲۰]. در واقع به فرد این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش طرح‌واره‌های طرد، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی و وابستگی/ بی‌کفایتی و افزایش انعطاف‌پذیری و عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش دهد. همچنین بر تقویت یک رابطه غیرقضاوتی و مشتاقانه با تجارب تأکید می‌ورزد [۳۳]. همه این عوامل در کنار هم باعث بهبود روابط موضوعی در افراد مبتلا به BPD می‌شوند. روابط موضوعی در درمان CAT به عنوان روش های نقش‌های متقابل در نظرگرفته می‌شوند، این روش ها در دوران کودکی به‌طور فزونی افزایش می‌یابند، اما به‌طور غیرقابل اجتنابی با ردهای از مشکل و محدویت‌های تجربه خاص دوران کودکی همراه هستند [۲۰].

CATبا فرمول‌بندی پیچیده به تحلیل روش های نقش‌های متقابل می‌پردازد و با فرمول‌بندی مجدد نموداری زنجیره‌وار در طول درمان باعث تجدید نظر در روش های نقش‌های متقابل شده و خودمیان‌بینی، بی‌کفایتی اجتماعی، دلبستگی ناایمن و بیگانگی را در افراد مبتلا به BPD بهبود می‌بخشد. در زمینه نتایج به دست آمده پیرامون مقایسه اثربخشی MBT و CAT در بهبود روابط موضوعی و مؤلفه‌های آن در افراد مبتلا به BPD پژوهشی که به طور مستقیم با این نتایج همخوانی داشته باشد یافت نشد. اما مطالعاتی هستند که می‌توان چنین نتایجی را از آنها استنتاج کرد [۲۵ و ۲۶]. جی‌مینو و چیگلانا [۲۵] در پژوهشی بیان کردند که CAT مانند MBT، در درمان BPD یک رویکرد درمانی مؤثری است که تأثیر معناداری در کاهش علائم مرزی و نیز بهبود عملکرد بین‌فردی دارد. همچنین جی‌مینو و چیگلانا [۲۶] در پژوهش دیگری نشان دادند که CAT باعث کاهش معنادار مشکلات بین‌فردی می‌شود، ولی توانایی ذهنی‌سازی را به‌طور معناداری افزایش نمی‌دهد. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که MBT به طور مستقیم به بررسی الگوهای دلبستگی و چگونگی ایفای نقش آنها در روابط اخیر می‌پردازد و نیز در MBT-I یک جلسه به آموزش سبک‌های دلبستگی و مسائل پیرامون آنها اختصاص داده می‌شود. بنابراین در بهبود دلبستگی ناایمن افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثربخشی بیشتری نسبت به CAT دارد. در تبیینی دیگر، در MBT موقعیت درمانی توضیح اجتماعی واضحی از اعتماد را فراهم می‌کند، درمانگر را به عنوان یک منبع محترمانه دانش معرفی می‌کند که ظرفیت باطل‌کردن باورهای پیشین سخت‌گیرانه درباره خود و دیگران و کاهش دادن تجارب بیمار از انزوا را دارد. در نتیجه، درک بهتر موقعیت اجتماعی از طریق ذهنی‌سازی بهبودیافته موجب درک بهتر افراد مهم در زندگی فرد می‌شود که به نوبه خود پتانسیلی را برای فرد به وجود می‌آورد تا به پاسخ‌های حساس توجه کند و احساس درک‌شدن به او دست دهد. بنابراین MBT با آموزش، ظهور مجدد ذهنی‌سازی و یادگیری اجتماعی همراه است لذا اثربخشی آن در زمینه بی‌کفایتی اجتماعی در افراد مبتلا به BPD نسبت به CAT بیشتر است اما در زمینه اثربخشی بر روابط موضوعی افراد مبتلا به BPD تفاوت معنادار بین این دو درمان وجود نداشت. در مجموع می‌توان گفت که MBT و CAT مداخلات مناسبی برای بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به BPD هستند و می‌توان از آنها به عنوان شیوه‌های مداخله‌ی مؤثر در بیمارستان‌های روان‌پزشکی برای درمان افراد مبتلا به BPD استفاده کرد. اما MBT در بهبود دلبستگی ناایمن و بی‌کفایتی اجتماعی از CAT مؤثرتر است. پژوهش حاضر با محدودیت‌های روبه‌رو بود؛ از جمله اینکه پژوهش روی افراد مبتلا به BPD بیمارستان روانپزشکی ایثار و بخش روانپزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل انجام شد که تعمیم نتایج به سایر شهرستان‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. از این‌رو پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این پژوهش، روی افراد مبتلا به BPD در شهرهای دیگر انجام پذیرد و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. نمونه مورد مطالعه فقط مردان مبتلا به BPD بود که به علت عدم دسترسی به زنان مبتلا به این اختلال امکان مقایسه این گروه‌ها وجود نداشت. عدم وجود پیگیری محدودیت دیگر این پژوهش است که مانع از مقایسه اثربخشی این دو درمان در طولانی مدت می‌شود. پیشنهاد می‌شود که تحقیقی در همین راستا منتها با پیگیری صورت بگیرد و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. نبود پیشینه داخلی در مورد اثربخشی MBT بر بیماران مبتلا به BPD امکان مقایسه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5]

اثربخشی این درمان را در داخل ایران با محدودیت مواجه می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر اثربخشی MBT بر علائم بیماران مبتلا به BPD بررسی شده و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین به‌کاربردن این شیوه‌های مداخله‌ای در مورد افراد مبتلا به BPD توسط روان‌شناسان و روان‌پرستاران در بیمارستان‌های روان‌پزشکی از پیشنهادات کاربردی این پژوهش است.

سهم نویسندگان

ساناز عینی: جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها
محمد نریمانی: مجری اصلی مطالعه، نظارت علمی بر اجرای مطالعه
اکبر عطادخت: تدوین مقاله و ویراستاری نهایی
سجاد بشرپور: مشاور اجرایی مطالعه، کمک در تدوین و ویرایش مقاله
فریبا صادقی‌موحد: مشاور اجرایی مطالعه، کمک در اجرای مطالعه

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از رساله‌ی دکتری تخصصی نویسنده اول در رشته روانشناسی است. محققان بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین محترم بیمارستان‌های روانپزشکی ایثار و فاطمی اردبیل و نیز از کلیه بیماران محترمی که در این پژوهش شرکت نموده و با همکاری صادقانه خود زمینه را برای نیجه‌گیری دقیق مهیا نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic andstatistical manual of mental disorders DSM-5. 5th Edition. Rezaei F, FakhraeeA, Charismatic A, lotus A, Hashemi Azar J, Shamloo F, translators. Tehran: ArjmandPublishing: Tehran, 2013 [Persian]
2. Rahmani F, Kiani MA, Rezaie F, Nasuri M, Arasteh M. Personality, intellectual and emotional state of patients with borderline personality disorder. Scientific Journal of Kurdistan University Medical Sciences 2013; 18:1-12 [Persian]
3. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan, MM. A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. Psychological Bulletin 2009; 135:495-510
4. Huprich SK, Greenberg RP. Advances in the assessment of object relations in the 1990s. Clinical Psychology Review 200; 23: 665-698
5. Kernberg, OF. Identity: recent findings and clinical implications. The Psychoanalytic Quarterly 2006; 75:969-1004
6. Choi- Kain LW, Fitzmaurice GM, Zanarini MC, Laverdiere O, Gunderson JG. The relationship between self-reported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline personality disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease 2009; 197:816-821
7. Kernberg OF. Borderline (patient) personality. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition) 2015;755-759
8. Lewis KC, Meehan KB, Cain MN, Wong PS, Clemence AJ, Stevens J et al. Impairments in object relations and chronicity of suicidal behavior in individuals with borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders 2016; 30:19-34
9. Huprich SK, Nelson SM, Lenqu K, Albright J. Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. Journal of Personality Disorders 2017; 8:46-53
10. Dimeff LA, Koerner K. Dialectical behavior therapy in clinical practice. 1st Edition, New York: Guildford press, 2007
11. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization- based treatment. Oxford, UK: Oxford University Press, 2004
12. Bateman A, Fonagy P. Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. British Journal of Psychiatry 2013; 203:221-227
13. Bateman A, Fonagy P. Mentalization- based treatment for personality disorders: a practical guide. Oxford, UK: 1st Edition Oxford University Press: Uk, 2016
14. Oliveira CD, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Mentalization based treatment and borderline personality disorder. L'Encéphale 2017; 43:340-345
15. Sharp C. The social-cognitive basis of BPD: A theory of hypermentalizing. In C. Sharp & J. L. Tackett (Eds.), Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents. 1st Edition, NY: Springer: New York, 2014
16. Petersen R, Brakoulias V, Langdon R. An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. Comprehensive Psychiatry 2016;16:12-21
17. Edel MA, Raaff V, Dimaggio G, Buchheim A, Brune M. Exploring the effectiveness of combined

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5]

mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder - A pilot study. The British Journal of Clinical Psychology 2017;56:1-15

18. Kalleklev J, Karterud S. A comparative study of a mentalization-based versus a psychodynamic group therapy session. Group Analysis. (on-line). Available: https://doi.org/10.1177/0533316417750987. html. Accesses February 22, 2018

19. Hepple J. Cognitive analytic therapy in a group: reflections on a dialogic approach. British Journal of Psychotherapy 2012; 28:474-495

20. Ryle A, Kerr IB. Introducing cognitive analytic therapy: principles and practice. 1st Edition, New York:Wiley, 2002

21. Kellett S, Bennett D, Ryle T, Thake A. Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: Therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. Clinical Psychology Psychotherapy 2013; 20: 216-225

22. Dadfar M, Gharraee B, Nouri Ghasemabadi R, Kolivand PH. Metacognitive therapy (MCT) of obsessive-compulsive disorder and practical guide of metacognitive therapy (MCT) for the patients. 1st Edition, Mirmah Press: Tehran, 2013[Peraian]

23. Argryopoulos K, Vlachos I. Cognitive analytic therapy (CAT) in borderline personality disorder – a case report. European Psychiatry 2015; 30: 28-31

24. Abbasi M, Ghasemi Jobaneh R, Dargahi S. Effectiveness of cognitive- analysis psychotherapy in reducing impulsivity of men with borderline personality disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2015; 1:77-89 [Persian]

25. Gimeno E, Chiclana C. Borderline personality disorder in adolescence. Prevention and early intervention from a cognitive analytic approach. European Psychiatry 2016; 33: S505

26. Gimeno E, Chiclana C. Cognitive analytic therapy and mentalizing function. European Psychiatry 2017; 41: S776

27. Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. 1st Edition, Roshd Press: Teharn 2011[Persian]

28. First M,Spitzer R, Gibbon M, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV AxisI disorders (clinician version) SCID-I administration booklet. Washington, DC: AmericanPsychiatric Publishing: USA, 1997

29. Sharifi V, Asadi M, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. [Reliability and feasibility of implementing the Persian version of diagnostic structured interview for DSM-IV (SCID)]. Advances in Cognitive Science 2004; 1-2: 10-22

30. Chegini M, Delavar A, Garrayi B. Psychometric characteristics of Millon clinical multiaxial inventory-III. Journal Management System 2013; 8: 135-162 [Persian]

31. Bell M, Billington R, Becker B. A scale for the assessment of object relations: reliability, validity, and factorial invariance. Journal of Clinical Psychology 1986; 42: 733-741

32. Hadinezhad H, Tabatabaeian M, Dehghani M. A preliminary study for validity and reliability of Bell object relations and reality testing inventory. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2014; 20: 162-169 [Persian]

33. Clarke S, Thomas P, James K. Cognitive analytic therapy for personality disorder: Randomized controlled trial. British Journal Psychiatry 2013; 202: 129-134

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5]

ABSTRACT

Effectiveness of Mentalization based Therapy and Cognitive-Analytical Therapy on Improved Object Relationship of People with Borderline Personality Disorder: A comparison

Sanaz Einy[1], Mohammad Narimani[1*], Akbar Atadokht[1], Sajjad Basharpoor[1], Fariba Sadeghi Movahhed[2]

1. Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran
2. Medical School, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Payesh 2018; 17(3): 275-287
Accepted for publication: 8 May 2018
[EPub a head of print-16 May 2018]

Objective(s): Mentalization based therapy (MBT) and cognitive-analytical therapy (CAT) are special methods for the treatment of borderline personality disorder (BPD). The purpose of this study was to compare the effectiveness of MBT and CAT on improving the object relationship of people with BPD.
Methods: This was an experimental study using pretest- posttest design with a control group. Thepopulation of this study consisted all the men with BPD admitted to two psychiatric hospitals in Ardabil, Iran. In all 45 men with BPD were selected by convenience sampling and were assigned randomly to two experimental groups and one control group. The first experimental group received 20 sessions of MBT, the second experimental group 16 sessions of CAT, the control group did not receive any intervention. Data were collected at baseline and posttest using structured clinical interviews, Millon Clinical Multiaxial Inventory and Object Relations Scale. Data were analyzed by covariance and Tukey analysis.
Results: After controlling the effects of pretest data, there was a significant difference between the mean post-test scores of the experimental groups and the control group in the object relations and its components ($P<0.001$). In addition it was found that MBT was more effective compared to CAT in improving insecure attachment and social inefficiency ($p<0.05$), However, there was no significant difference in the improvement of the object relations between the two interventions.
Conclusion: Both treatment methods are effective interventions to improve the object relationships of people with BPD.

Keywords: Borderline personality disorder, Cognitive-analytical therapy, Mentalization based therapy, Object relations

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.3.7.5]

[*] Corresponding author: University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran
E-mail: m_narimani1341@yahoo.com