

Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy with the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on the Treatment of People with Borderline Personality Disorder

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Sama Babapour¹

Abdollah Shafiabadi^{2*}

Aboutaleb Seadatee Shamir³

Azam Fattahi Andbil⁴

How to cite this article

Sama Babapour, Abdollah Shafiabadi, Aboutaleb Seadatee Shamir, Azam Fattahi Andbil, Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy with the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on the Treatment of People with Borderline Personality Disorder, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2021:5(3): 246-261.

1. PhD student, Consulting Department, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Professor, Counseling Department, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran (Corresponding Author)
3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Science and Research Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Counseling Department, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: ashafiabady@yahoo.com

Article History

Received: 2021/09/27

Accepted: 2021/11/25

ABSTRACT

Purpose: Considering the complexity and importance of borderline personality disorder as well as the relatively high prevalence rate of this disorder in the society, this research was conducted as a comparison of the effectiveness of emotion- focused therapy with mentalization-based therapy on the treatment of people with borderline personality disorder.

Methodology: The method of this semi-experimental research and the design used to examine the hypotheses in this research was a pre-test-post-test design with an experimental group and a control group. The statistical population of this research consisted of all people with borderline personality disorder who visited two counseling centers in Tehran district 1 in 2019. Therefore 45 people with borderline personality disorder were selected by purposive sampling method and then these people were placed in three groups of 15 (emotion-oriented treatment experimental group, mentalization-based treatment experimental group and control group) by matching method. The experimental groups received 12 weekly 120-minute sessions of emotion-focused therapy and mentalization-based therapy, and the control group did not receive therapy. The data collection instrument in this research was the borderline personality questionnaire by Leishnering (1999). Due to the quantitative nature of the research, data analysis was done using descriptive and inferential statistical methods (covariance analysis test).

Findings: The findings showed that emotion- focused therapy and mentalization-based therapy are effective on the treatment of people with borderline personality disorder. Also, the results showed that there is a significant difference between the effectiveness of emotion-focused therapy and mentalization-based therapy on the treatment of borderline personality disorder, and the effectiveness of mentalization-based therapy is greater than emotion-focused therapy on the treatment of borderline personality disorder.

Conclusion: Both intervention methods were effective in improving the symptoms of people with borderline personality disorder. However, the effect of mentalization-based therapy is more effective than emotion-focused therapy the treatment of people with borderline personality disorder.

Keywords: Emotion-Focused Therapy, Mentalization-Based Therapy, Borderline Personality Disorder

مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار با اثربخشی

درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر درمان افراد دارای

اختلال شخصیت مرزی

سما باباپور¹

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

عبدالله شفیق آبادی^{2*}

استاد، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

ابوطالب سعادت³

استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

اعظم فتاحی اندبیل⁴

استادیار، گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

هدف: با توجه به پیچیدگی و اهمیت اختلال شخصیت مرزی و نیز نرخ شیوع نسبتاً بالای این اختلال در جامعه، این پژوهش با عنوان مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار با درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر درمان افراد دارای اختلال شخصیت مرزی صورت گرفت.

مواد و روش ها: روش این پژوهش نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده جهت بررسی فرضیه ها در این پژوهش طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را، کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در سال 1399 به دو مرکز مشاوره در منطقه یک شهر تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. 45 نفر از مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند، سپس این افراد به روش همتاسازی در سه گروه 15 نفره (گروه آزمایش درمان هیجان مدار، گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی سازی و گروه کنترل) جای گرفتند. گروه های آزمایش هر یک 12 جلسه 120 دقیقه ای بصورت هفتگی تحت مداخله درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر ذهنی سازی قرار گرفتند و گروه کنترل، درمانی را دریافت نکرد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه شخصیت مرزی بود (لیشنرینگ، 1999) بود. تجزیه و تحلیل داده ها با توجه به کمی بودن تحقیق با استفاده از روشهای آمار توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) صورت گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان دادند که درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر درمان افراد دارای اختلال شخصیت مرزی موثر هستند. همچنین نتایج نشان داد که بین اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر درمان اختلال شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود دارد و اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی نسبت به درمان هیجان مدار در درمان اختلال شخصیت مرزی بیشتر است.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این پژوهش هر دو روش مداخله در بهبود علائم افراد دارای اختلال شخصیت مرزی تاثیرگذار بودند، با این حال تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر درمان افراد دارای اختلال شخصیت مرزی موثرتر از درمان هیجان مدار بود.

واژگان کلیدی: درمان هیجان مدار، درمان مبتنی بر ذهنی سازی، اختلال شخصیت مرزی.

تاریخ دریافت: 1400/07/05

تاریخ پذیرش: 1400/09/04

*نویسنده مسئول: ashafiabady@yahoo.com

مقدمه

سبب شناسی اختلال شخصیت مرزی ۱ توجه درمانگران و پژوهشگران بسیار زیادی را در طول 35 سال گذشته به خود جلب کرده است. اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیتی شدیدی است که با بی نظمی شدید و گسترده هیجان، رفتار و شناخت، مشخص می شود (1). این اختلال، با ناپایداری گسترده و مفرط در عاطفه، خوندانگاره، روابط بین شخصی و همچنین برانگیختگی شدید، متمایز می شود (2). شیوع تقریبی اختلال شخصیت مرزی 1 تا 3 درصد در طول عمر و 1/4 تا 5 درصد در جمعیت عادی است (3). طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال شخصیت مرزی با مواردی نظیر اجتناب از طرد یا رهاشدگی واقعی یا خیالی، روابط بین فردی بی ثبات، آشفتگی هویت، رفتارهای خودکشی یا خود آسیب زنی، بی ثباتی عاطفی، احساس های مزمن پوچی، خشم نامناسب و شدید یا اشکال در کنترل خشم و اندیشه پردازی های پارانوئیدی گذرا یا نشانه های شدید تجزیه مشخص می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2013). بر طبق DSM-5 افراد دارای اختلال شخصیت مرزی در همه جوانب زندگی، در روابط بین فردی، خودپنداره و احساسات و هیجان عدم ثبات نشان می دهد و بسیار تکانشگر هستند این وضعیت قبل از اوایل بزرگسالی شروع می شود و در شرایط مختلف حضور دارد و این حالت را پنج مورد یا بیشتر از موارد زیر نشان می دهند: 1- فرد، برای اینکه دیگران او را واقعا یا به خیال خودش ترک نکنند، مستاصلانه تلاش می کند. 2- در زندگی خود به طور دایم و مکرر روابط میان فردی بی ثبات و پرتنش دارد که فردی را بسیار خوب می داند یا او را بی اندازه بی ارزش می پندارد. 3- اختلال هویت دارد و خودپنداره یا خود انگاره وی به شدت و به طور دایم بی ثبات است. 4- حداقل در دو زمینه که در آنها احتمال آسیب رسانی به خود وجود دارد، رفتارهای تکانشگر دارد. 5- به طور مکرر رفتارهای انتحاری در پیش می گیرد، ژست و حالت خودکشی به خود می گیرد یا تهدید به خودکشی می کند، یا رفتارهای خود زنی نشان می دهد. 6- از لحاظ احساسی یا هیجانی ثبات ندارد زیرا خلق او به شدت واکنشی است. 7- همیشه احساس خلاء می کند. 8- به شدت و نامتناسب با محرک خشمگین کننده عصبانی می شود و نمی تواند خشم خود را کنترل کند. 9- افکار پارانوئیدی موقت و مرتبط با استرس دارد یا سمپتوم های شدید گسستگی نشان می دهد. آمارها گزارش می دهد

میسازد و نقص در این قابلیت نقش مهمی در رشد اختلالات روانپزشکی مختلف بازی می کند (7). این قابلیت به تدریج در طول چند سال اول زندگی در یک بافت سالم و امن رابطه بین کودک و مراقب کسب می شود، در نتیجه احتمال زیادی وجود دارد که این پروسه مختل شود. پیش فرض ما این است که قابلیت ذهنی سازی ضعیف، یک ویژگی هسته ای برای اختلال مرزی است و هر درمان برای موفق بودن نیازمند تمرکز بر ذهنی سازی و با حداقل برانگیختن رشد آن به عنوان یک پدیده ی همایند است (8). این الگوی درمانی (درمان مبتنی بر ذهنی سازی)، اختلال شخصیت مرزی را با وجود همه پیچیدگیهای تبیین میکند و مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریه دلبستگی بالبی و ذهنی سازی. این درمان، یک رویکرد ساختاریافته است که به 3 مرحله ی متمایز تقسیم میشود. مرحله اول ارزیابی ظرفیت ذهنی سازی بیمار، کارکرد شخصیت، قرارداد بستن و درگیر کردن بیمار در درمان و شناسایی مشکلاتی که ممکن است با درمان تداخل داشته باشند. مرحله دوم، تحریک ظرفیت ذهنی سازی قویتر در چارچوب برانگیختگی عاطفی و روابط دلبستگی، و مرحله آخر آماده سازی بیمار برای پایان دادن به درمان (9).

نقص در عملکرد بین فردی یک ویژگی کلیدی در اختلال شخصیت مرزی است. افراد دارای اختلال مرزی نسبت به سایر افراد تعارضات بین فردی بیشتری را همچون روابط عاطفی سابق و یا دوستیهای خاتمه یافته، تجربه میکنند. این نقص در عملکرد بین فردی منجر به تداوم تعارض با شریک عاطفی، اعضای خانواده و دوستان می شود. محوریت مشکلات بین فردی در افراد دارای اختلال مرزی مرتبط با ویژگیهای نه گانه ی این اختلال است که دوتای آنها صریحا با مشکلات بین فردی مرتبطند: تلاش شدید برای اجتناب از طرد شدگی واقعی و یا خیالی و همچنین الگوی بی ثبات روابط به علت تناوب بین ایده آل سازی یا بی ارزش سازی افراد. اگر چه سایر ویژگیهای مرزی نیز بی ارتباط با روابط بین فردی نیستند، به عنوان مثال رفتارها، ژستها و یا تهدیدهای خودکشی افراد مرزی اغلب ماشه چکان های بین فردی دارند. به دلیل محوریت مشکلات بین فردی در افراد دارای اختلال مرزی، شناخت اجتماعی - پروسه ی تفکر درباره ی افکار، نیتها، احساسات، نگرشها و دیدگاههای دیگران - به عنوان یک عامل مهم برای درک این اختلال شناسایی شده است. نقایص ذهنی سازی و یا گرایش به نسبت دادن زیاد از حد حالات ذهن خود به دیگران، در میان افراد دارای اختلال مرزی شناسایی شده اند (10). تحقیقات همچنین ارتباط نزدیکی را بین آسیب و تروماهای بین فردی با فرآیندهای مرزی نشان می دهند. آسیب ممکن است در شکل تاریخچه ای از سوء استفاده جنسی و یا فیزیکی توسط مراقبان و یا دیگر افراد مهم زندگی بروز کند، همچنین آسیب می تواند تروماهای خزنده مانند سوء استفاده های هیجانی، نقص در همسویی عاطفی همدلانه (شکست در درک)، یا نداشتن همسویی

حدود 1/6 درصد از جمعیت عمومی مبتلا به این اختلال هستند که ممکن است تا 5/6 افزایش یابد. 10 درصد از بیماران روانپزشکی سرپایی و 30 تا 60 درصد بیماران مبتلا به سایر اختلالهای شخصیت، از این بیماری رنج می برند. افکار شدید پارانوئید وابسته به تنیدگی در 30 تا 75 درصد آنها گزارش شده است (4). در سبب شناسی این اختلال عوامل زیادی نقش دارند که در ادامه به برخی از این عوامل اشاره می شود.

فرض اساسی این است که خصوصیات هسته ای اختلال شخصیت مرزی خصوصیات منفردی نیستند بلکه به سطوح گوناگونی مرتبطند. بر اساس شواهد و یافته های تحقیقات گوناگون بدتنظیمی عاطفه، تکانه و روابط ناپایدار، خصوصیات هسته ای اختلال شخصیت مرزی را تشکیل می دهند. در طول دو دهه گذشته برای یافتن راهی که به صورت نظری به مفهوم سازی رشد و رابطه بین این خصوصیات بپردازد تلاشهای بسیاری شده است (5). اختلال شخصیت مرزی یک اختلال نگران کننده پیچیده است که در مراکز مراقبت سلامت شایع است. اگرچه تصورات تاریخی از BPD به عنوان یک اختلال غیر قابل درمان رد شده اند، اما مشکلات دسترسی به خدمات سلامت روان همچنان باقی هستند. آخرین راهبردهای INICE برای اختلال مرزی دسترسی به خدمات سلامت روان شامل درمانهای روانشناختی طولانی مدت جهت شناسایی نشانه ها و داروشناسی همبودی ها میباشد. مداخلات روانشناختی کوتاه مدت پیشنهاد نمی شوند و بر گسترش روابط قابل اعتماد و مدیریت عاطفی گذارها و پایان ها تاکید می شود. هیچ سبک درمانی خاصی اولویت ندارد تنها استثنایی که اولویت درمانی سریع و فوری در اختلال مرزی را میطلبد خودآسیب زنی است (6). تحقیقات، تأثیرات روان درمانی های بسیاری را بر BPD نشان می دهند از جمله درمان مبتنی بر ذهنی سازی، رفتار درمانی، رفتار درمانی دیالکتیکی، طرحواره درمانی و درمان انتقال محور، اما همه این درمان ها نیازمند مطالعات بیشتری هستند. درمان ذهنی سازی شکلی از انواع روان درمانی است که در درمان BPD تأثیراتی را از خود نشان داده است. این درمان نقایص ذهنی سازی را به عنوان نشانه های هسته ای اختلال مرزی مفهوم سازی می کند و بر افزایش توانایی ها و مهارت های ذهنی سازی به منظور هدف قرار دادن این مشکلات هسته ای تمرکز می کند (6). ذهنی سازی توانایی معنا بخشیدن به فرایندهای ذهنی و حالت های ذهن خود و دیگران است (7). این مفهوم شامل معنا بخشیدن به اعمال و نیت های خودمان و دیگران مثل خواسته ها، احساسات و باورهاست. ذهنی سازی شامل شناسایی این اصل مهم می باشد که آنچه در ذهن است در ذهن است، همچنین دانش یک فرد را در رابطه با اینکه حالت های ذهنی، فقط حالت های ذهنی هستند منعکس می کند. ذهنی سازی معنا بخشیدن به حالت های ذهن و فرآیندهای ذهنی آشکار و ضمنی خودمان و دیگران است (8). ذهنی سازی شکلی از شناخت اجتماعی است. این فعالیت ذهنی تخیلی، ما را قادر به درک و تعبیر رفتارهای انسانی

حال به آنها کمک کند که بیشترین استفاده را از مداخلات صندلی EFT ببرند (14). لذا با توجه به آنچه گفته شد، از حیث اهمیت بنیادی، پژوهش حاضر می تواند موجبات شناخت بیشتر اختلال شخصیت مرزی را به عنوان یکی از مهمترین اختلالات شخصیت از نظر پیچیدگی، فراگیری و عوارض فراهم آورد و ما را در کسب نتایج موفقیت آمیز در درمان این بیماری یاری رساند، همچنین ما را به شناسایی و درک فرآیندهایی که در پس تغییرات درمانی در درمان این اختلال شخصیت رخ می دهند نزدیک کند، کشف این مهم می تواند موضوع تحقیقات آینده باشد و از حیث اهمیت کاربردی بستری را جهت دستیابی به یک رویکرد یکپارچه برای درمان موثر اختلال شخصیت مرزی فراهم آورد.

مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را، کلیه افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در سال 1399 به دو مرکز مشاوره غیر دولتی تحت نظارت سازمان روانشناسی و مشاوره کشور در منطقه یک شهر تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. به این منظور ابتدا از بین مراکز مشاوره غیردولتی تحت نظارت سازمان روانشناسی و مشاوره کشور، دو مرکز مشاوره ای که در حوزه اختلالات شخصیت به ویژه اختلال مرزی فعالیت داشتند به صورت هدفمند انتخاب شدند. پس از دیدار با مدیران این دو مرکز و کسب اجازه و اطمینان از تمایل همکاری آنان در این پژوهش، از آنها خواسته شد که به اطلاع مراجعین خود که تشخیص اختلال مرزی را دریافت کرده بودند برسانند که در صورت تمایل میتوانند در این پژوهش شرکت کنند. تعداد مراجعینی که تشخیص اختلال شخصیت مرزی را در سال 1399 در این دو مرکز دریافت کرده بودند 200 نفر بود که 60 نفر از آنها برای شرکت در این پژوهش داوطلب همکاری شدند و معیارهای ورود را دارا بودند. سپس پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی روی این 60 نفر اجرا شد و 45 نفری که بیشترین نمره را در این پرسشنامه کسب کردند انتخاب شدند و 15 نفر حذف شدند. این 45 نفر براساس خصوصیات جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلی و وضعیت اشتغال در سه گروه 15 نفره درمان هیجان مدار، درمان مبتنی بر ذهنی سازی و گروه کنترل به روش همتاسازی جای گرفتند. معیارهای ورود عبارت بودند از: دامنه سنی 25 تا 50 سال، حداقل داشتن سطح تحصیلات سیکل، سکونت در شهر تهران، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی و وجود نشانه های شخصیت مرزی بر پایه مصاحبه بالینی (نشانه های این اختلال شخصیت در راهنمای آماری و تشخیصی اختلال های روانی انجمن روانشناسی آمریکا آورده شده است). معیارهای خروج عبارت بودند از: ابتلا به سایر اختلالات روان شناسی و روان پزشکی (ابتلا به اختلالات شناخته شده شدید روانپزشکی)، شرکت در برنامه های

عاطفی (هنگامی که مراقبان به طور مداوم بدترین تصور را درباره فرد دارند) را شامل شود (11).

مشکلات در پردازش هیجان مشکلات دیگری را در ارتباط با تنظیم هیجان ایجاد می کنند که عبارتند از احساس پوچی، درجه بالای از هم گسیختگی در جنبه های متفاوت خود و عدم توانایی خود آرام بخشی. این عدم تنظیم هیجان منبع بسیاری از فرایندهای اختلال مرزی به خصوص دونیمه سازی، روابط بی ثبات و رفتارهای تکانشی و آسیب به خود می باشد (11). اختلال شخصیت مرزی با مشکلاتی در توانایی تنظیم هیجان مرتبط است (12). محققین ارتباط بین سوء استفاده های دوران کودکی و تنظیم هیجان را آزمایش کردند و نشان دادند که کودکان دارای تاریخچه سوء استفاده احتمال بیشتری در بروز مشکل تنظیم هیجان نسبت به کودکانی که سوء استفاده را تجربه نکرده اند دارند، به علاوه یافته ها نشان می دهند که سوء استفاده در دوران کودکی با سطوح بالایی از عدم پذیرش عاطفی و سطوح پایین درک مرتبط است (13). درمان هیجان مدار یک درمان موثر برای مراجعانی است که با مشکلات عاطفی شدید مثل تروماهای پیچیده دست به گریبانند (14). درمان هیجان مدار 1EFT یک درمان انسانگرایی تجربی است که هیجان (طرح های هیجانی) را اساس تجربه و عنصر مشترک در کارکرد سازگار و ناسازگار می داند، لذا تغییر در طرحواره های هیجانی که کارکرد خودکاری دارند هدف درمانی اصلی برای ایجاد تغییر در این درمان است. در EFT، رابطه و مهارت های مداخله درمانی به یک میزان در ایجاد تغییر اهمیت دارند. درمانگر EFT یک رابطه سازگار همدلانه اصیل برقرار می کند، در عین حال به دنبال مارکرهای (نشانه های) مشکلات پردازش هیجانی در هسته مشکلات مراجع می گردد (به عنوان مثال تعارض با خود)، تا مراجع را درگیر مداخلات مناسبی کند که برای این مشکلات طراحی شده اند (مثل کار با دو صندلی). در طول پروسه درمان به مراجعان کمک می شود تا تجربه های هیجانی خود را کشف کنند و به آنها معنا بخشند، همچنین بر وقفه های هیجانی و تنظیم هیجان متمرکز شوند، به منابع هیجانی سازگارانة جدیدی دست پیدا کنند و پاسخ های هیجانی ناسازگار خود را برای ساختن معنای جدید و ساختن روایت خود تغییر دهند (15).

درمان EFT می تواند به طور موفقیت آمیزی در درمان اختلالات شخصیت به کار گرفته شود اگر درمانگران احتیاط لازم را برای متناسب سازی مداخلات کار با صندلی مدنظر قرار دهند، ملاحظاتی که ظرفیت پردازش هیجانی را در مراجعان دارای اختلال شخصیتی که نسبت به برانگیختگی هیجانی آسیب پذیر هستند و ظرفیت تامل پایینی دارند، بالا می برد. فعال کردن پویایی های بین فردی و برانگیختگی های غیرضروری مراجع در کار با صندلی در EFT میتواند با بالا بردن ظرفیت تامل کردن و تنظیم کردن هیجانها در مراجع در طول کار با صندلی جایگزین شود. در نتیجه EFT می تواند چشم انداز هیجانی را در مراجعان دارای اختلال شخصیت که از نظر هیجانی آسیب پذیرند، ساختار و سازمان دهد و در عین

پرسشنامه در هیچ یک از طبقات عاملی یا سایر طبقات این پرسشنامه قرار نمی گیرند و نمره آنها در نمره نهایی فرد نیز محاسبه نمی شود و به همین دلیل در نسخه ایرانی حذف شده اند. لیشرینگ در پژوهش خود نشان داد که همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این آزمون در حد رضایت بخشی قرار دارند، به شکلی که آلفای کرونباخ مولفه های این آزمون در دامنه بین 0/68 تا 0/91 درصد بود، همچنین میزان همبستگی بازآزمایی این آزمون بین 0/73 تا 0/89 بدست آمد. همچنین وی در این پژوهش، روایی تمییزی و تشخیصی این مقیاس را مطلوب گزارش نمود (16). در پژوهش محمدرزاده و رضایی (17)، روایی و پایایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. روایی همزمان با ضریب 0/70 و همبستگی خرده مقیاس ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب 0/71 تا 0/80 و سه نوع اعتبار بازآزمایی، دو نیمه سازی و همسانی درونی به ترتیب با ضرایب 0/80، 0/83 و 0/85 بدست آمد.

شرح جلسات درمان هیجان مدار: این برنامه درمانی بر اساس درمان هیجان مدار اقتباس از جانسون (18) می باشد. این درمان رویکردی یکپارچه است که از تلفیق دیدگاه نظام های خانواده بوئن، انسان گرایی، تجربه گرایی و نظریه دلبستگی بالبی، توسط جانسون ابداع شده است. با توجه به نقش عمده هیجانها در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجانها و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجانها را عامل تغییر در نظر می گیرد. پس از اجرای پیش آزمون، گروه آزمایش درمان هیجان مدار، به مدت 12 جلسه، 1 روز در هفته، هر جلسه 120 دقیقه تحت مداخله درمانی قرار گرفت.

روان درمانی دیگر و درمان های داورپی خارج از مداخله ی درمانی در طول اجرای پژوهش، بستری شدن در بیمارستان روانی در طول دوره پژوهش و غیبت بیش از سه جلسه در درمان بود. گروه های آزمایش هر یک 12 جلسه 120 دقیقه ای بصورت هفتگی تحت مداخله درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر ذهنی سازی قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند. بعد از اتمام مداخله، مجددا هر دو گروه در پس آزمون از نظر متغیرهای تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت کنندگان از نتایج، همراه با تخصیص جلسات درمانی برای گروه کنترل پس از اتمام پژوهش، با درمان هیجان مدار و یا درمان مبتنی بر ذهنی سازی (به اختیار خود)، در پژوهش مد نظر قرار گرفت.

ابزار پژوهش

مقیاس شخصیت مرزی لیشرینگ (1999): پرسشنامه شخصیت مرزی توسط لیشرینگ (1999) و به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه های بالینی و غیربالینی ساخته شد که به صورت بلی/خیر پاسخ داده می شود. این پرسشنامه در اصل مقیاسی 53 ماده ای است که بر اساس مفهوم کرنبرگ (1967)، از سازمان بندی شخصیت مرزی و همچنین ملاک های تشخیصی DSM-IV ساخته شده است. پرسشنامه شخصیت مرزی شامل عامل هایی برای سنجش آشفتگی هویتی، مکانیزم های دفاعی اولیه، واقعیت آزمایی آسیب دیده و ترس از صمیمیت می باشد. دو سوال آخر این

جدول 1. شرح جلسات درمان هیجان مدار

جلسه	هدف	روند جلسه
اول	آشنایی و برقراری رابطه حسنه بین اعضای گروه با رهبر گروه و همچنین با یکدیگر آشنایی اعضا با قوانین و فرایند کار گروهی ارائه آموزش های اولیه درباره مفاهیم مرتبط با روند درمان	معرفی اعضا از طریق تکنیک آشنایی دو نفره (آشنایی با هم گروهی در مدت پنج دقیقه و سپس معرفی او به گروه)، بیان قوانین گروه، بیان انتظارات اعضای گروه از درمان و بیان حس اولیه ی آنها به گروه و به اینجا و اکنون، آموزش هیجانها اولیه و ثانویه و توضیح درباره ی خود بودن و پیدا کردن همه هیجانها و ابرازگری و معتبر دانستن آنها، آموزش بازخورد دادن اعضا به یکدیگر (بازخورد نیمکره راستی) و پرهیز از راهکار دادن، مواجهه دادن و تفسیر کردن یکدیگر، توضیح درباره اهمیت پذیرش بی قید و شرط و آموزش انواع همدلیها و تمرین بازخوردهای همدلانه به یکدیگر، جمع بندی مطالب جلسه و تشویق افراد گروه برای شرکت در جلسه بعد
دوم	آموزش آگاهی، شناسایی، پذیرش، ابراز، تحمل و تنظیم هیجان و بدننظیمی های هیجانی، آگاهی هر فرد از وقفه های هیجانی خود و کشف موضوع تکرار شونده مربوط به آن	بیان مشکلات افراد در گروه، بررسی سبک پردازش و ابراز هیجان، بررسی مارکرهای خرد و مارکرهای روایتی و بدننظیمی های هیجانی افراد توسط درمانگر، کمک به فرد در جهت دسترسی به احساسات ابراز نشده و بررسی آنها در افراد با مشارکت خودشان جهت شناسایی و آگاهی و کشف معانی آنها در بافت مشکانشان، بستن احساسات افراد و جمع بندی مطالب جلسه و تشویق افراد گروه برای شرکت در جلسه بعد
سوم	کار با تروما	بررسی و شناسایی تجارب هیجانی دردناک و برجسته افراد در گذشته و تاگشایی هیجانها از طریق بازنمایی تجربه ای تروماهای مرتبط و استفاده از فنون کار با صندلی، بستن احساسات افراد و جمع بندی مطالب جلسه و تشویق افراد گروه برای شرکت در جلسه بعد
چهارم	کار با تروما	ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجانها از طریق فنون کار با صندلی، بستن احساسات افراد و جمع بندی مطالب جلسه و تشویق افراد گروه برای شرکت در جلسه بعد

پنجم	کار با تروما	ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجان‌ها از طریق فنون کار با صندلی، بستن احساسات افراد و جمع بندی مطالب جلسه و تشویق افراد گروه برای شرکت در جلسه
ششم	آموزش سبک های دلبستگی ایمن و نایمن دستبایی به هیجان‌ها زیرساختاری و نیازهای دلبسته محور	بررسی و شناسایی سبک دلبستگی افراد با مشارکت خودشان، بررسی موضوع کشمکش های ارتباطی افراد از نقطه نظر دلبستگی، ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه ای در مشکل کنونی و مرتبط با آن تصویر (خود، پدر، مادر و یا سایر ابژه های احتمالی)، جمع بندی مطالب جلسه و تشویق افراد گروه برای شرکت در جلسه بعد
هفتم	آموزش چرخه های تعاملی و علیت خطی و چرخشی و حلقه های بازخوردی بازنگری مسائل ارتباطی با رویکردی تازه کوچینگ هیجانی اعضا و کمک به فرایند تامل در آنها	آموزش چرخه های تعاملی و بررسی آنها در مشکلات افراد، توصیف، روشن سازی و بررسی چرخه های تعاملی منفی همزمان با پدیداری آنها در جلسات، قاب دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به چرخه منفی و هیجان‌ها زیرساختاری و نیازهای دلبسته محور و تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه ارتباطی، کوچینگ هیجانی افراد در اینجا و اکنون جلسه و بررسی احساسات ناتمام آنها نسبت به سایر اعضا و کشف و بازنمایی موضوع تعارضات مارکردار و کشف ارتباط آنها با ابژه های اولیه و کمک به فرایند تامل در افراد، بستن احساسات افراد و جمع بندی مطالب جلسه و تشویق افراد گروه برای شرکت در جلسه بعد
هشتم	افزایش شناخت در مورد هیجان‌ها و جنبه هایی از خود که هنوز به مالکیت فرد در نیامده اند	بررسی هیجان‌ها افراد نسبت به خودشان و کشف تعارضات بین قطب های شخصیت در درون افراد و کار بر روی آنها از طریق تکنیک دو صندلی و بستن احساسات افراد و جمع بندی مطالب جلسه و تشویق افراد گروه برای شرکت در جلسه بعد
نهم	نزدیک کردن هیجان به تجربه ارگانسمی	بازنمایی احساسات باقیمانده و فراخوانی آنها از طریق تمرینات تجربه ای و فنون استفاده از هنرهای بیانگر (استفاده از تمرینات تجربه ای حرکتی کلامی یا تجسمی برای بازنمایی و کشف ابعاد نهفته تجربه خود)، بستن احساسات افراد و جمع بندی مطالب جلسه و تشویق افراد گروه برای شرکت در جلسه بعد
دهم	تقویت پردازش های هیجانی و بدنی، کمک به رسیدن به بینش تجربه ای	شناسایی مارکرهای هیجانی و کشف آنها در بافت و ابراز متناسب آنها، بیان تجارب مرتبط در گروه با توجه به جلوگیری از شناختی کردن روایتها و بازخورد گرفتن از اعضا، بستن احساسات افراد و جمع بندی مطالب جلسه و تشویق افراد گروه برای شرکت در جلسه بعد
یازدهم	کمک به معنا سازی و کشف عاملیت افراد در تجارب هیجانی جدید و در کنترل تکانه ها	و پرسیدن از معانی جدیدی که هر فرد در روش جدید برخورد با هیجان‌ها خود کشف کرده و توصیه هایی برای تعمیم به آینده و نهادینه شدن عاملیت (هدف درمان رساندن مراجع به مالکیت، عاملیت و یکپارچگی می باشد)، ارزیابی ارتباط معانی جدید با خلق خود جدید، بستن احساسات افراد و جمع بندی مطالب جلسه و تشویق افراد گروه برای شرکت در جلسه بعد
دوازدهم	جمع بندی و پایان دادن به جلسات گروه	بررسی تجربه افراد از شرکت در گروه، بررسی احساسات ناتمام اعضا، درباره پایان یافتن گروه، تنظیم جلسات پیگیری در صورت لزوم و یا جلسات فردی برای اعضای نیازمند به مشاوره فردی

مبتنی بر ذهنی سازی به مدت 12 جلسه، 1 روز در هفته، هر جلسه 120 دقیقه تحت مداخله درمانی قرار گرفت.

شرح جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی: این برنامه درمانی بر اساس درمان مبتنی بر ذهنی سازی اقتباس از پروتکل درمانی بیتمن و فوناسی (19) می باشد. پس از اجرای پیش آزمون، گروه آزمایش درمان

جدول 2. شرح جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی

جلسه	هدف	روند جلسه
اول	آشنایی اعضای گروه با رهبر گروه و همچنین با یکدیگر، آشنایی با اهداف، قوانین و هنجارهای گروه، بررسی	خوشامدگویی و معرفی رهبر و اعضای گروه به یکدیگر، بیان اهداف، قوانین و هنجارهای گروه، توصیف ساختار گروه و ارائه توضیحاتی درباره فعالیت گروهی، بیان انگیزه و هدف اعضا، از شرکت در گروه، صحبت درباره برداشت اعضا از اختلال مرزی و آشنایی با علائم شخصیت مرزی، پرسش درباره پذیرش یا عدم پذیرش اختلال مرزی در خانواده های اعضا و

برداشت اعضا از اختلال مرزی بیان کلیات درمان مبتنی بر ذهنی سازی	صحبت درباره احساس اعضا نسبت به اختلال خود، ارائه تعریفی از ذهنی سازی و برنامه درمان، توضیح جنبه ها، ابعاد و مزایای ذهنی سازی و تمایز آن با سوء تعبیرها و پاسخ به سوالات و ابهامات اعضا، تاکید بر حضور فعالانه اعضا در گروه
دوم	بررسی اختلال شخصیت بررسی اختلال شخصیت مرزی ارائه جزوه در مورد معیارهای اختلال شخصیت مرزی و بحث و بررسی نشانه های این اختلال در اعضا و چگونگی تاثیر آنها بر زندگی افراد و راهکارهای آنها در مقابله با بروز این نشانه ها
سوم	آموزش و تمرین ذهنی سازی در گروه بیان اصول و اهداف اختصاصی درمان مبتنی بر ذهنی سازی، بررسی ابعاد ذهنی سازی (خودکار/ کنترل شده، خود/ دیگران، درونی/ بیرونی، هیجانی/ شناختی) و بحث درباره ی آنها، به عنوان مثال توانایی تمایز بین حالت های ذهنی خود و دیگران و یا توانایی برقراری ارتباط بین ابعاد درونی و بیرونی ذهنی سازی به همراه بررسی تجارب اعضا، گرفتن نظر اعضا درباره ابعاد ذهنی سازی در خودشان
چهارم	کار با هیجان و ذهنی سازی حالات هیجانی بحث درباره اصول پایه ای شناخت افکار، احساسات و علائم بدن و ارتباط بین این سه مولفه و دعوت از اعضا برای پیدا کردن و بیان افکار، احساسات و علائم بدنی خود در اینجا و اکنون، توضیح انواع هیجانات و بحث درباره ی مشکلات تنظیم هیجان و بدتنظیمی های هیجانی و تفاوت های فردی در شناخت، ابراز و کنترل هیجانات و بررسی آنها در اعضا توسط خودشان، بحث درباره ی خودتنظیمی احساسات و این که چگونه دیگران می توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند، بحث و بررسی نحوه پردازش هیجانات و تفسیر علائم هیجانی در خود و حالات هیجانی در دیگران، بحث درباره ی حالات هیجانی غیرذهنی سازی شده که ناراحت کننده و بغرنج هستند و چگونگی مدیریت آنها
پنجم	کار بر روی سبک دلبستگی و ذهنی سازی تعارضات دلبستگی- خاست بحث درباره ی دلبستگی و اهمیت سبک دلبستگی در روابط، سبک های دلبستگی ایمن و نایمن و نظر هر یک از اعضا درباره سبک دلبستگی خود و تاثیر آن در روابط فرد با دیگران مهم زندگی، تعارض های دلبستگی و ذهنی سازی آنها و اهمیت و تاثیر آن در ارتباط با دیگران از جمله درمانگر و دیگر اعضای گروه، بازخورد دادن اعضا درباره احساسشان به یکدیگر و به رهبر گروه و مربیگری سوگیریهایی از آن توسط رهبر و هدایت به سمت ذهنی سازی کردن آنها
ششم	کار بر روی فراشناخت بحث درباره ابعاد فراشناخت شامل بازبینی، تلفیق، تمایز و مرکز زدایی و بررسی این ابعاد در هر یک از اعضا، توضیح مولفه های بازبینی فراشناختی شامل توانایی تشخیص افکار و تخیلات و باورها، بحث درباره ی رابطه بین تجربه، هیجان، فکر و تامل کردن در تجربه، گرفتن نظر اعضا درباره فراشناخت خودشان
هفتم	بررسی و کار روی توانایی واقعیت سنجی و نیت خوانی افراد از منظر رویکرد ذهنی سازی بحث درباره تعمیم بازنمایی های ذهنی، تمرین دیدن خود از دید یک ناظر بیرونی یا از دید کسی که نسبت به فرد افکار منفی دارد، بررسی توانایی دیدن واقعیت در آخرین اتفاقی که برای هر عضو افتاده و حالش را بد کرده و گرفتن نظر سایر اعضا درباره اینکه اگر در آن موقعیت بودند چه کاری انجام می دادند، بررسی توانایی تفسیر بدون سوگیری هر عضو از رویدادی که او را آشفته کرده، حدس زدن احساسات بقیه درباره خود و ابراز و تصحیح آن در هر یک از اعضا، تمرین تشخیص حالت های هیجانی دیگر اعضا و حدس زدن نیتها و انگیزه های رفتار بقیه و صحبت درباره آنها
هشتم	کار بر روی افکار و اقدامات خودکشی گرایانه بررسی افکار و یا اقدام به خودکشی در گذشته یا حال در افراد و پیدا کردن ماشه چکان های هیجانی و فکری افراد و کمک به ذهنی سازی آنها، بررسی مهارت های خود آرامبخشی در افراد، ارائه تکنیک های آرمیدگی
نهم	کار بر روی ذهنی سازی نیازهای بین فردی بحث درباره ی نیازهای عینی، ذهنی و بین ذهنی و تفاوت آنها با ذکر مثال با مشارکت اعضا، بررسی پویایی های درون گروه و هیجانات منفی اعضا برای مثال حس طرد و بی کفایتی و بحث بررسی آنها و دادن بازخورهای اصلاحی و همدلانه توسط اعضا و هدایت به سمت ذهنی سازی آنها

دهم	شناخت خطاهای ذهنی سازی	توضیح خطاهای ذهنی سازی شامل وانمود سازی، معادل سازی روانی و هدف نداشتن و بررسی آنها در اعضا و بحث برای برطرف کردن آنها با مشارکت اعضا
یازدهم	بررسی توانایی ذهنی سازی در تجارب جدید افراد	بررسی ترسهای اعضا از خود افشایی و دعوت از اعضای داوطلب برای اینکه بیشتر درباره خودشان صحبت کنند، بررسی تجارب جدید اعضا و تعاملات آنها در اتفاقات بد زندگی و بررسی توانایی دیدن دیگر جنبه های آن رویدادها توسط اعضا، بررسی توانایی کشف ارتباط بین رفتار خود و رفتار بقیه و بررسی توانایی پاسخگویی به هیجانات و افکار دیگران در اعضا
دوازدهم	جمع بندی و پایان دادن به جلسات گروه	بحث و بررسی دوره ی درمان گروهی به صورت خلاصه کردن و نتیجه گیری و بررسی دستاوردهای اعضا از جلسات درمان، بررسی و ابراز احساسات ناتمام هر عضو به رهبر گروه و به سایرین و گرفتن بازخوردهای اصلاحی، تنظیم جلسات پیگیری در صورت لزوم و یا جلسات فردی برای اعضای نیازمند به مشاوره فردی

کلی مورد آزمون قرار گرفت. در جداول زیر، در اولین سطر هر جدول، مدل تعدیل شده قرار دارد که برآورد مجموع مربعات خطا را بدون در نظر گرفتن مقدار عرض از مبدا (μ) نشان می‌دهد. مقدار اثر برای هر یک از متغیرها نیز در ستون مجذور اتای جزئی در مدل تحلیل کوواریانس دیده می‌شود، هر چه مقدار این ستون برای هر یک از سطرها بیشتر باشد تاثیر آن روی متغیر وابسته بیشتر است. مجذور مقدار اتای جزئی به صورت تقسیم تغییرات آن عامل به کل تغییرات حاصل می‌شود.

برای تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی برای توصیف توزیع متغیرها و در سطح استنباطی از روش تحلیل کوواریانس برای آزمون فرض‌های آماری استفاده شد. برای این منظور از نرم افزار SPSS-V 21 در سطح معناداری 0/05 استفاده شد.

یافته‌ها برای بررسی آزمون تحلیل کوواریانس ابتدا ابعاد شخصیت مرزی به صورت مجزا آزمون گردید و در انتها شخصیت مرزی به صورت

جدول 3. نتایج تحلیل کوواریانس آشفتگی هویتی گروه اول (درمان هیجان مدار)

آزمون تاثیرات بین گروهی						
متغیر وابسته: آشفتگی هویتی پس آزمون						
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتای جزئی
مدل تعدیل شده	a180.385	3	60.128	33.275	.000	.793
عرض از مبدا	23.973	1	23.973	13.267	.001	.338
آشفتگی هویتی پیش آزمون	1.625	1	1.625	.899	.352	.033
گروه	1.847	1	1.847	1.022	.321	0.38
خطا	46.982	26	1.807			
کل	1469.000	30				
کل تعدیل شده	227.367	29				

ضریب تعیین = 793. (ضریب تعیین تعدیل شده = 770).

آلفای محاسبه شده بکار رفته = 05.

معنادار است. مقدار اثر نیز برای این متغیر در ستون مجذور اتای جزئی در مدل تحلیل کوواریانس دیده می‌شود (0.793)، هر چه مقدار این عدد بیشتر باشد تاثیر آن روی متغیر وابسته بیشتر است. در واقع درمان هیجان مدار بر آشفتگی هویتی بیماران شخصیت مرزی با اندازه اثر 0.793 تاثیرگذار است.

همانگونه که نتایج جدول 3 نشان می‌دهد مقدار F مشاهده شده برای متغیر مورد نظر در مدل تعدیل شده (با تعدیل اثر پیش آزمون) برابر با 33.275 و سطح معنی داری آن نیز برابر با 0.000 می‌باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در گروه آزمایش 1 و گروه گواه است، لذا اثر اصلی متغیر گروه

جدول 4. نتایج تحلیل کواریانس مکانیزم دفاعی گروه اول (درمان هیجان مدار)

آزمون تاثیرات بین گروهی						
متغیر وابسته: مکانیزم دفاعی پس آزمون						
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتای جزئی
مدل تعدیل شده	a26.787	3	8.929	8.123	.001	484
عرض از مبدا	19.139	1	19.139	17.412	.000	401
مکانیزم دفاعی پیش آزمون	6.308	1	6.308	5.739	.024	181
گروه	.165	1	.165	.150	.701	.006
خطا	28.579	26	1.099			
کل	437.000	30				
کل تعدیل شده	55.367	29				
ضریب تعیین = 484. (ضریب تعیین تعدیل شده = 424).						
آلفای محاسبه شده بکار رفته = 05.						

معنادار است. مقدار اثر نیز برای این متغیر در ستون مجذور اتای جزئی در مدل تحلیل کواریانس دیده می‌شود (0.484)، هر چه مقدار این عدد بیشتر باشد تاثیر آن روی متغیر وابسته بیشتر است. در واقع درمان هیجان مدار بر مکانیزم های دفاعی اولیه بیماران شخصیت مرزی با اندازه اثر 0.484 تاثیر گذار است.

همانگونه که نتایج جدول 4 نشان می دهد مقدار F مشاهده شده برای متغیر مورد نظر در مدل تعدیل شده (با تعدیل اثر پیش آزمون) برابر با 8.123 و سطح معنی داری آن نیز برابر با 0.001 می باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در گروه آزمایش 1 و گروه گواه است، لذا اثر اصلی متغیر گروه

جدول 5. نتایج تحلیل کواریانس واقعیت آزمایی گروه اول (درمان هیجان مدار)

آزمون تاثیرات بین گروهی						
متغیر وابسته: واقعیت آزمایی پس آزمون						
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتای جزئی
مدل تعدیل شده	a15.404	3	5.135	7.902	.001	477
عرض از مبدا	4.665	1	4.665	7.179	.013	216
واقعیت آزمایی پیش آزمون	2.003	1	2.003	3.082	.091	106
گروه	.391	1	.391	.602	.445	.023
خطا	16.896	26	.650			
کل	191.000	30				
کل تعدیل شده	32.300	29				
ضریب تعیین = 477. (ضریب تعیین تعدیل شده = 417).						
آلفای محاسبه شده بکار رفته = 05.						

معنادار است. مقدار اثر نیز برای این متغیر در ستون مجذور اتای جزئی در مدل تحلیل کواریانس دیده می‌شود (0.477)، هر چه مقدار این عدد بیشتر باشد تاثیر آن روی متغیر وابسته بیشتر است. در واقع درمان هیجان مدار بر واقعیت آزمایی بیماران شخصیت مرزی با اندازه اثر 0.477 تاثیر گذار است.

همانگونه که نتایج جدول 5 نشان می دهد مقدار F مشاهده شده برای متغیر مورد نظر در مدل تعدیل شده (با تعدیل اثر پیش آزمون) برابر با 7.902 و سطح معنی داری آن نیز برابر با 0.001 می باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در گروه آزمایش 1 و گروه گواه است، لذا اثر اصلی متغیر گروه

جدول 6. نتایج تحلیل کواریانس ترس از صمیمیت گروه اول (درمان هیجان مدار) آزمون تاثیرات بین گروهی

متغیر وابسته: ترس از صمیمیت پس آزمون						
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتای جزئی
مدل تعدیل شده	a40.927	3	13.642	10.025	.000	.536
عرض از مبدا	17.305	1	17.305	12.720	.001	.329
ترس از صمیمیت پیش آزمون	1.509	1	1.509	1.109	.302	.041
گروه	.094	1	.094	.069	.795	.003
خطا	35.373	26	1.360			
کل	487.000	30				
کل تعدیل شده	76.300	29				
ضریب تعیین = 536. (ضریب تعیین تعدیل شده = 483)						
آلفای محاسبه شده بکار رفته = 05.						

معنادار است. مقدار اثر نیز برای این متغیر در ستون مجذور اتای جزئی در مدل تحلیل کواریانس دیده می‌شود (0.536)، هر چه مقدار این عدد بیشتر باشد تاثیر آن روی متغیر وابسته بیشتر است. در واقع درمان هیجان مدار بر ترس از صمیمیت بیماران شخصیت مرزی با اندازه اثر 0.536 تاثیر گذار است.

همانگونه که نتایج جدول 6 نشان می‌دهد مقدار F مشاهده شده برای متغیر مورد نظر در مدل تعدیل شده (با تعدیل اثر پیش آزمون) برابر با 10.025 و سطح معنی داری آن نیز برابر با 0.000 می‌باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در گروه آزمایش 1 و گروه گواه است، لذا اثر اصلی متغیر گروه

جدول 7. نتایج تحلیل کواریانس شخصیت مرزی گروه اول (درمان هیجان مدار) آزمون تاثیرات بین گروهی

متغیر وابسته: شخصیت مرزی پس آزمون						
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتای جزئی
مدل تعدیل شده	a1439.724	3	479.908	72.865	.000	.894
عرض از مبدا	109.893	1	109.893	16.685	.000	.391
شخصیت مرزی پیش آزمون	29.122	1	29.122	4.422	.045	.145
گروه	38.598	1	38.595	5.860	.023	.184
خطا	171.243	26	6.586			
کل	25187.000	30				
کل تعدیل شده	1610.967	29				
ضریب تعیین = 894. (ضریب تعیین تعدیل شده = 881)						
آلفای محاسبه شده بکار رفته = 05.						

گروه آزمایش 1 و گروه گواه است، لذا اثر اصلی متغیر گروه معنادار است. مقدار اثر نیز برای این متغیر در ستون مجذور اتای جزئی در مدل تحلیل کواریانس دیده می‌شود (0.894)، هر چه مقدار این عدد بیشتر باشد تاثیر آن روی متغیر وابسته بیشتر است.

همانگونه که نتایج جدول 7 نشان می‌دهد مقدار F مشاهده شده برای متغیر مورد نظر در مدل تعدیل شده (با تعدیل اثر پیش آزمون) برابر با 72.865 و سطح معنی داری آن نیز برابر با 0.000 می‌باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در

در واقع درمان هیجان مدار بر درمان بیماران شخصیت مرزی با اندازه اثر 0.894 تاثیرگذار است.

جدول 8. نتایج تحلیل کواریانس آشفتهگی هویتی گروه دوم (درمان مبتنی بر ذهنی سازی) آزمون تاثیرات بین گروهی

متغیر وابسته: آشفتهگی هویتی پس آزمون						
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات جزئی
مدل تعدیل شده	a428.367	3	142.789	122.392	.000	.934
عرض از مبدا	14.903	1	14.903	12.774	.001	.329
آشفتهگی هویتی پیش آزمون	7.544	1	7.544	6.466	.017	.199
گروه	1.815	1	1.815	1.556	.223	.056
خطا	30.333	26	1.167			
کل	1239.000	30				
کل تعدیل شده	458.700	29				
ضریب تعیین = 934. (ضریب تعیین تعدیل شده = 926).						
آلفای محاسبه شده بکار رفته = 05.						

معنادار است. مقدار اثر نیز برای این متغیر در ستون مجذورات جزئی در مدل تحلیل کواریانس دیده می‌شود (0.934)، هر چه مقدار این عدد بیشتر باشد تاثیر آن روی متغیر وابسته بیشتر است. در واقع درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر آشفتهگی هویتی بیماران شخصیت مرزی با اندازه اثر 0.934 تاثیرگذار است.

همانگونه که نتایج جدول 8 نشان می‌دهد مقدار F مشاهده شده برای متغیر مورد نظر در مدل تعدیل شده (با تعدیل اثر پیش آزمون) برابر با 122.392 و سطح معنی داری آن نیز برابر با 0.000 می‌باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در گروه آزمایش 2 و گروه گواه است، لذا اثر اصلی متغیر گروه

جدول 9. نتایج تحلیل کواریانس مکانیزم دفاعی گروه دوم (درمان مبتنی بر ذهنی سازی) آزمون تاثیرات بین گروهی

متغیر وابسته: مکانیزم دفاعی پس آزمون						
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات جزئی
مدل تعدیل شده	a68.461	3	22.820	20.086	.000	.699
عرض از مبدا	11.206	1	11.206	9.864	.004	.275
مکانیزم دفاعی پیش آزمون	11.767	1	11.767	10.357	.003	.285
گروه	.008	1	.008	.007	.935	.000
خطا	29.539	26	1.136			
کل	368.000	30				
کل تعدیل شده	98.000	29				
ضریب تعیین = 699. (ضریب تعیین تعدیل شده = 664).						
آلفای محاسبه شده بکار رفته = 05.						

باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در گروه آزمایش 2 و گروه گواه است، لذا اثر اصلی متغیر گروه معنادار است. مقدار اثر نیز برای این متغیر در ستون مجذورات

همانگونه که نتایج جدول 9 نشان می‌دهد مقدار F مشاهده شده برای متغیر مورد نظر در مدل تعدیل شده (با تعدیل اثر پیش آزمون) برابر با 20.086 و سطح معنی داری آن نیز برابر با 0.000 می‌باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در

جزئی در مدل تحلیل کوواریانس دیده می‌شود (0.699)، هر چه مقدار این عدد بیشتر باشد تاثیر آن روی متغیر وابسته بیشتر است. در واقع درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر مکانیزم های دفاعی اولیه بیماران شخصیت مرزی با اندازه اثر 0.699 تاثیر گذار است.

جدول 10. نتایج تحلیل کوواریانس واقعیت آزمایی گروه دوم (درمان مبتنی بر ذهنی سازی)

آزمون تاثیرات بین گروهی						
متغیر وابسته: واقعیت آزمایی پس آزمون						
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات ای جزئی
مدل تعدیل شده	a45.067	3	15.022	22.026	.000	.718
عرض از میدا	1.191	1	1.191	1.746	.198	.063
واقعیت آزمایی پیش آزمون	5.574	1	5.574	8.173	.008	.239
گروه	1.135	1	1.135	1.665	.208	.060
خطا	17.733	26	.682			
کل	160.000	30				
کل تعدیل شده	62.800	29				
ضریب تعیین = 718. (ضریب تعیین تعدیل شده = 685).						
آلفای محاسبه شده بکار رفته = 05.						

همانگونه که نتایج 10 جدول نشان می دهد مقدار F مشاهده شده برای متغیر مورد نظر در مدل تعدیل شده (با تعدیل اثر پیش آزمون) برابر با 22.026 و سطح معنی داری آن نیز برابر با 0.000 می باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در گروه آزمایش 2 و گروه گواه است، لذا اثر اصلی متغیر گروه معنادار است. مقدار اثر نیز برای این متغیر در ستون مجذورات ای جزئی در مدل تحلیل کوواریانس دیده می‌شود (0.718)، هر چه مقدار این عدد بیشتر باشد تاثیر آن روی متغیر وابسته بیشتر است. در واقع درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر واقعیت آزمایی بیماران شخصیت مرزی با اندازه اثر 0.718 تاثیر گذار است.

جدول 11. نتایج تحلیل کوواریانس ترس از صمیمیت گروه دوم (درمان مبتنی بر ذهنی سازی)

آزمون تاثیرات بین گروهی						
متغیر وابسته: ترس از صمیمیت پس آزمون						
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات ای جزئی
مدل تعدیل شده	a114.946	3	38.315	28.528	.000	.767
عرض از میدا	5.013	1	5.013	3.733	.064	.126
ترس از صمیمیت پیش آزمون	11.217	1	11.217	8.351	.008	.243
گروه	1.117	1	1.117	.832	.370	.031
خطا	34.920	26	1.343			
کل	408.000	30				
کل تعدیل شده	149.867	29				
ضریب تعیین = 767. (ضریب تعیین تعدیل شده = 740).						
آلفای محاسبه شده بکار رفته = 05.						

همانگونه که نتایج جدول 11 نشان می دهد مقدار F مشاهده شده برای متغیر مورد نظر در مدل تعدیل شده (با تعدیل اثر پیش آزمون) برابر با 28.528 و سطح معنی داری آن نیز برابر با 0.000 می باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در گروه آزمایش 2 و گروه گواه است، لذا اثر اصلی متغیر گروه معنادار است. مقدار اثر نیز برای این متغیر در ستون مجذورات ای جزئی

در واقع درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر ترس از صمیمیت بیماران شخصیت مرزی با اندازه اثر 0.767 تاثیر گذار است.

جزئی در مدل تحلیل کوواریانس دیده می شود (0.767)، هر چه مقدار این عدد بیشتر باشد تاثیر آن روی متغیر وابسته بیشتر است.

جدول 12. نتایج تحلیل کوواریانس شخصیت مرزی گروه دوم (درمان مبتنی بر ذهنی سازی)

آزمون تاثیرات بین گروهی

متغیر وابسته: شخصیت مرزی پس آزمون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتای جزئی
مدل تعدیل شده	a4847.540	3	1615.847	210.840	.000	.961
عرض از مبدا	53.696	1	53.696	7.006	.014	.212
شخصیت مرزی پیش آزمون	71.038	1	71.038	9.269	.005	.263
گروه	33.733	1	33.733	4.402	.046	.145
خطا	199.260	26	7.664			
کل	19832.000	30				
کل تعدیل شده	5046.800	29				

ضریب تعیین = 961. (ضریب تعیین تعدیل شده = 956)

آلفای محاسبه شده بکار رفته = 05.

فرح بیجاری و مهری نژاد (1400)؛ سیدشرفی، نوایی نژاد و فرزاد (1400)؛ سورگی ویلسون و مک کلاسی (2022)؛ کاهیا و مونگلدان (2022). در تبیین اثرگذاری درمان هیجان مدار بر درمان افراد دارای اختلال شخصیت مرزی می توان گفت که اختلال شخصیت مرزی با مشکلاتی در توانایی تنظیم هیجان مرتبط است. مشکلات در پردازش هیجان مشکلات دیگری را در ارتباط با تنظیم هیجان ایجاد می کنند که عبارتند از احساس پوچی، درجه بالای از هم گسیختگی در جنبه های متفاوت خود و عدم توانایی خود آرام بخشی. این عدم تنظیم هیجان منبع بسیاری از فرایندهای اختلال مرزی به خصوص دونیمه سازی، روابط بی ثبات و رفتارهای تکانشی و آسیب به خود می باشد. همچنین تحقیقات ارتباط نزدیکی را بین آسیب و تروماهای بین فردی با فرایندهای مرزی نشان می دهند. آسیب ممکن است در شکل تاریخچه ای از سوء استفاده جنسی و یا فیزیکی توسط مراقبان و یا دیگر افراد مهم زندگی بروز کند، همچنین آسیب می تواند تروماهای خزنده مانند سوء استفاده های هیجانی، نقص در همسویی عاطفی همدلانه (شکست در درک)، یا نداشتن همسویی عاطفی (هنگامی که مراقبان به طور مداوم بدترین تصور را درباره فرد دارند) را شامل شود. محققین ارتباط بین سوء استفاده های دوران کودکی و تنظیم هیجان را آزمایش کردند و نشان دادند که کودکان دارای تاریخچه سوء استفاده احتمال بیشتری در بروز مشکل تنظیم هیجان نسبت به کودکانی که سوء استفاده را تجربه نکرده اند دارند و درمان هیجان مدار یک درمان موثر برای مراجعانی است که با مشکلات عاطفی شدید مثل تروماهای پیچیده دست به گریبانند.

همانگونه که نتایج 12 جدول نشان می دهد مقدار F مشاهده شده برای متغیر مورد نظر در مدل تعدیل شده (با تعدیل اثر پیش آزمون) برابر با 210.840 و سطح معنی داری آن نیز برابر با 0.000 می باشد که نشان دهنده وجود تفاوت معنی دار بین نمره پس آزمون در گروه آزمایش 2 و گروه گواه است، لذا اثر اصلی متغیر گروه معنادار است. مقدار اثر نیز برای این متغیر در ستون ستون مجذور اتای جزئی در مدل تحلیل کوواریانس دیده می شود (0.961)، هر چه مقدار این عدد بیشتر باشد تاثیر آن روی متغیر وابسته بیشتر است. در واقع درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر درمان بیماران شخصیت مرزی با اندازه اثر 0.961 تاثیر گذار است.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار با اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر درمان افراد دارای اختلال شخصیت مرزی انجام شد. یافته ها حاکی از آن است که اثربخشی درمان هیجان مدار بر تمامی ابعاد شخصیت مرزی و همچنین بر شخصیت مرزی به صورت کلی معنادار است. به عبارت دیگر، مداخلات اجرا شده در قالب درمان EFT اثربخش بوده و نشانگان اختلال شخصیت مرزی را بطور معناداری در افراد کاهش داده است. نتایج بدست آمده از این پژوهش با یافته های پژوهش های زیر از نظر اثربخشی درمان هیجان مدار بعنوان یک رویکرد کارآمد و همچنین اثربخشی این درمان و راهبردهای تنظیم هیجان بر اختلال شخصیت مرزی و یا ارتباط این راهبردها با این اختلال مرزی همسو است: بلالی دهکردی و فاتحی زاده (1401)، ظهراب نیا؛ ثنایی ذاکر، کیامنش و زهراکار (1401)؛ بن راضی غابشی، دهشیری،

به عنوان یک مولفه اصلی درمان، بیشترین احتمال نتایج موفقیت آمیز را دربر دارد، به این دلیل که درمان ذهنی سازی مشکل اصلی بیمار را هدف قرار می‌دهد و همچنین این درمان احتمال آسیب را در بیمارانی که نسبت به مداخله‌های روان‌درمانی نامناسب حساس هستند کاهش می‌دهد. ذهنی سازی شکلی از شناخت اجتماعی است. این فعالیت ذهنی تخیلی، ما را قادر به درک و تغییر رفتارهای انسانی می‌سازد و نقص در این قابلیت نقش مهمی در رشد اختلالات روانپزشکی مختلف بازی می‌کند. این قابلیت به تدریج در طول چند سال اول زندگی در یک بافت سالم و امن رابطه بین کودک و مراقب کسب می‌شود، در نتیجه احتمال زیادی وجود دارد که این پروسه مختل شود. قابلیت ذهنی سازی ضعیف، یک ویژگی هسته‌ای برای اختلال مرزی است و هر درمان برای موفق بودن نیازمند تمرکز بر ذهنی سازی و یا حداقل برانگیختن رشد آن به عنوان یک پدیده‌ی همایند است.

در مجموع می‌توان گفت که درمان هیجان مدار و درمان ذهنی سازی مداخلات مناسبی برای بهبود علائم اختلال شخصیت مرزی هستند و می‌توان از آنها به عنوان شیوه‌های مداخله موثر در بیمارستان‌های روان‌پزشکی برای درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی استفاده کرد. اما درمان ذهنی سازی در بهبود علائم اختلال شخصیت مرزی از درمان هیجان مدار موثرتر است. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی رو به رو بود؛ نمونه‌گیری از میان تمامی مراجعه‌کنندگان به دو مرکز مشاوره غیردولتی تحت نظارت سازمان روانشناسی و مشاوره در منطقه یک شهر تهران صورت گرفت، از میان مراکز منطقه یک، مراکزی که در حوزه اختلالات شخصیت به ویژه اختلال مرزی فعالیت داشتند شناسایی شدند تا نهایتاً دو مرکز به صورت هدفمند انتخاب شوند، در این میان برخی از مراکز تمایلی به همکاری نداشتند. همچنین با وجود اینکه جلسات درمانی در دو کلینیک جدا انجام شد و تلاش شد که از اثر انتقال تجارب بین شرکت‌کنندگان جلوگیری شود اما گروه کنترل متشکل از مراجعان هر دو مرکز بود، بنابراین آشنایی و ارتباط بین شرکت‌کنندگان ممکن است مانع از کنترل اثر انتقال شده باشد، البته اثر انتقال متغیر پیش‌آزمون با استفاده از تحلیل کواریانس کنترل شد. موضوع دیگر اینکه تفاوت در شرایط خانوادگی شرکت‌کنندگان به عنوان مثال میزان درک و همکاری خانواده‌ها و وجود یا عدم وجود شبکه اجتماعی حمایت‌کننده برای بیماران، ممکن است بر اثرپذیری آزمودنی‌ها از مداخلات، تاثیر گذاشته باشد. علاوه بر موارد ذکر شده، محدوده سنی آزمودنی‌ها به سنین 25 تا 50 سال محدود بود. با توجه به نتایج بدست آمده از این پژوهش و تایید اثربخشی مداخلات اجرا شده بر کاهش معنادار نشانگان اختلال شخصیت مرزی (تایید فرضیه‌ها)، پیشنهاد می‌شود از رویکرد درمانی هیجان مدار و رویکرد درمانی مبتنی بر ذهنی سازی در درمان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و همچنین اثربخشی درمان هیجان مدار بر روی اختلالات همبود با اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این، به دلیل اهمیت این اختلال و همچنین بحرانی بودن آن در سالهای نوجوانی

همچنین نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر درمان افراد دارای اختلال شخصیت مرزی موثر است. نتایج بدست آمده از این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های زیر از نظر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بعنوان یک رویکرد اثربخش در درمان اختلال شخصیت مرزی و همچنین وجود ارتباط بین مشکل در ذهنی سازی با اختلال شخصیت مرزی همسو است: اسدی، بخشی پور رودسری، ابطحی، عقیق و پاکروان (1401)؛ بن راضی غابشی، دهشیری، فرح بیجاری و مهری نژاد (1400)؛ بشرپور و عینی (1399)؛ قنبری، نظیری و امیدوار (1399)؛ اسمیتس، لویتن، فینسترا، بیلز، کامپوس، دکر و ورهول (2022)؛ در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین بیان کرد که نقایص ذهنی سازی و یا گرایش به نسبت دادن زیاد از حد حالات ذهن خود به دیگران، در میان افراد دارای اختلال مرزی شناسایی شده‌اند. ذهنی سازی یک توانایی چند بعدی است که شامل چهار قطب پردازش است: اتوماتیک/کنترل شده، خود/دیگران، داخلی/بیرونی و شناختی/عاطفی. در اختلال مرزی بیش حساسیتی به مسائل دل بستگی و برانگیختگی هیجانی مرتبط می‌تواند مانع ذهنی سازی انعطاف پذیر در راستای این قطبها باشد. در این هنگام، مشکلات ذهنی سازی که ارزیابی‌های فرد را از حالت‌های ذهن تحت تاثیر قرار می‌دهند و زیربنای نشانه‌های اصلی اختلال مرزی را تشکیل می‌دهند، بروز می‌یابند. تحقیقات نشان می‌دهند که شکست در ذهنی سازی در ترکیب با آشفتگی در ساختار خود می‌تواند دلیل بروز ویژگی‌های اختلال مرزی شود. اختلال شخصیت مرزی می‌تواند در نتیجه این سه وضعیت رخ دهد: الف) فقدان ذهنی سازی در بافتهای ارتباطی شدید عاطفی، ب) در زمان رخداد‌های شدید عاطفی در تفکر درباره تجربه ذهنی - که پیشینی کننده ذهنی سازی کامل است - و ج) فشار مداوم برای بیرونی سازی حالت‌های درونی - فرافکنی هویت - که ما از آن به عنوان بیرونی کردن حالت‌های دردناک و غیر قابل تحمل خود یاد می‌کنیم. بنابراین یک مداخله درمانی که بر قابلیت ذهنی سازی بیمار در بافت روابط دل بستگی متمرکز است می‌تواند در بهبود جنبه‌های رفتاری و عاطفی بیماران مرزی موثر باشد. درمان ذهنی سازی شکلی از انواع روان‌درمانی است که در درمان اختلال مرزی تاثیراتی را از خود نشان داده است. این درمان نقایص ذهنی سازی را به عنوان نشانه‌های هسته‌ای اختلال مرزی مفهوم سازی می‌کند و بر افزایش توانایی‌ها و مهارتهای ذهنی سازی به منظور هدف قرار دادن این مشکلات هسته‌ای تمرکز می‌کند.

همچنین نتایج نشان داد بین اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر درمان اختلال شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود دارد و اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی نسبت به درمان هیجان مدار در درمان اختلال شخصیت مرزی بیشتر است. نتایج این پژوهش با یافته‌های دنگ و وانگ (2022)؛ مک لارن، گالاگر، هوپ وود و شارپ (2022)؛ استوریو، استورفز - ویتزلینگ، ولم، کونگراسلو، ماتوی و همکاران (2020) همخوانی داشت. در تبیین این یافته‌ها می‌توان تحقیقاتی اشاره کرد که به بحث درباره مفهوم ذهنی سازی و کاربرد آن برای اختلال شخصیت مرزی می‌پردازند و عنوان می‌کنند تمرکز بر ذهنی سازی

9. Haj Hosseini T, Mirzahosseini H, Zargham Hajebi M. Comparison of the effectiveness of mentalization-based therapy and affect phobia therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder and depression. *Journal of practical family therapy* 1401; 3 (1). 21-36.

10. McLaren V, Gallagher M, Hopwood C, Sharp C. Hypermentalizing and Borderline Personality Disorder: A Meta-Analytic Review. *American Journal of Psychotherapy* 2022; 20-31.

11. Elliott R, et al. Learning Emotion-Focused Therapy: The process-experiential approach to change. Washington, DC, US: APA 2003.

12. Sorgi-Wilson K, McCloskey M. Emotion regulation strategies among individuals with borderline personality disorder relative to other groups: A review. *clinical psychology and psychotherapy* 2022.

<https://onlinelibrary.wiley.com/journal/10990879>.

13. Perrin, J. New mentalization-based therapy for borderline personality disorder. 2015.

14. Greenberg L. S, Goldman R. N. (2019). *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. American Psychological Association. Washington, DC. 2019.

15. Pos, A. E. Greenberg L. S. Organising awareness and increasing emotion regulation: revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *Journal of personality disorders* 2012; 26(1), 84-107.

16. Leichsenring F. Development and first results of the borderline personality inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment* 1999; 73 (1): 45-63.

و آغاز جوانی پیشنهاد می شود این پژوهش در افراد زیر سن 25 سال مورد اجرا و بررسی قرار گیرد. در پایان پیشنهاد می شود این پژوهش در نمونه های مختلف با هدف افزایش قابلیت تعمیم پذیری نتایج به کل جامعه مورد اجرا و بررسی قرار گیرد.

References

1. Perrotta G. Borderline personality disorder: Definition, differential diagnosis, clinical contexts, and therapeutic approaches. *Annals of Psychiatry and Treatment* 2022; 4 (1), 43-56.

2. Rouda B. (2020). The Role of Borderline Personality Disorder in the Rise of the Sith: Diagnosing Anakin Skywalker.

3. Li Z, Meng X, Wang Y, Wang X. Developing the relationship between metal ionic characters and ecological risk assessment screening values using QICAR. *Environmental Science and Pollution Research* 2020; 1-8.

4. Ernst M, Mohr H M, Schött M, Rickmeyer C, Fischmann T, Leuzinger-Bohleber M, et al. The effects of social exclusion on response inhibition in borderline personality disorder and major depression. *Psychiatry research* 2018; 262, 333-339.

5. Fonagy P, Luyten P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology* 2009; 21(4), 1355-1381.

6. Sakhi, J. An exploration of therapists' experiences of conducting mentalization based therapy with borderline personality disorder clients: an interpretive phenomenological analysis. Doctoral dissertation, University of Surrey 2016.

7. Fonagy P. Bateman A. *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment* 2004.

8. Allen J. G, Fonagy P. *The handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons. 2006.

17. Mohammadzadeh A. and Rezayi A. Validation of borderline personality questionnaire in Iranian society. *Jornal of behavioral sciences* 1390; 3 (1). 269-278.
18. Johnson, S. *The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy: Creating Connection (Basic Principles into Practice Series)*. Brunner-Routledge 2004.
19. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press; 2016 Jan 28.