Effectiveness of Mentalization based Therapy on Ego-Strength and Defense Mechanisms in People with Borderline Personality Disorder

Sanaz Einy*, Mohammad Narimani

Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Article Info:

Received: **21 Dec 2018** ***Revised:*** **11 Mar 2019** ***Accepted*****: 20 Apr 2019**

ABSTRACT

Introduction: Ego-strength and defense mechanisms are key concepts in the psychoanalytic approaches, which are important in the etiology of borderline personality disorder. Therefore, the present study was conducted with the aim of evaluating the effectiveness of mentalization based therapy (MBT) on ego-strength and defense mechanisms of people with borderline personality disorder. ***Materials and Methods:*** This was an experimental study using pretest-posttest design with a control group and follow up stage. The research sample consisted of 30 men with borderline personality disorder selected by purposive sampling and were randomly divided into experimental and control groups. MBT was performed for the experimental group. Three stages (pretest, posttest and follow up) were used to collect data from psychological inventory ego strength designed by Markstrom et al. and defense styles purposed by Andrews and colleagues. ***Results:*** The results showed that MBT was markedly effective in improving the ego strength and defense mechanisms of people with borderline personality disorder. ***Conclusion:*** MBT is a suitable strategy for improving the ego-strength and reducing neurotic and immature defense mechanisms of people with borderline personality disorder and can be used as an effective intervention method.

Key words:

1. Borderline Personality Disorder
2. Defense Mechanisms
3. Therapeutics

***Corresponding Author:** Sanaz Einy

E-mail: *sanaz.einy@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.29252/shefa.7.3.1]

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

ساناز عینی*، محمد نریمانی

گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۳۰ آذر ۱۳۹۷ **اصلاحیه:** ۲۰ اسفند ۱۳۹۷ **تاریخ پذیرش:** ۳۱ فروردین ۱۳۹۸

چـــــکیده

مقدمه: قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی مفاهیم کلیدی در رویکردهای روان‌تحلیلی هستند که در سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی حائز اهمیت می‌باشند. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد. ***مواد و روش‌ها:*** این یک پژوهش تجربی بوده و از طرح پیش‌آزمون -پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحلهٔ پیگیری استفاده شد. نمونهٔ پژوهش شامل ۳۰ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای گروه آزمایش اجرا شد. در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های روانشناختی قدرت ایگو طراحی شده توسط مارکستروم و همکاران و سبک‌های دفاعی هدفمند اندرز و همکاران استفاده شد. ***یافته‌ها:*** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌شدت در بهبود قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است. ***نتیجه‌گیری:*** درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی راهبردی مناسب برای بهبود قدرت ایگو و کاهش مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشد نایافتهٔ افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است و می‌توان از آن به‌عنوان یک شیوهٔ مداخله‌ای مؤثر استفاده کرد.

کلید واژه‌ها:

۱. اختلال شخصیت مرزی
۲. مکانیسم‌های دفاعی
۳. درمانی

* **نویسنده مسئول:** ساناز عینی

آدرس الکترونیکی: *sanaz.einy@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.29252/shefa.7.3.1]

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (BPD)[1] یکی از شایع‌ترین اختلال‌های شخصیت در محیط‌های روانپزشکی می‌باشد که با بدتنظیمی هیجانی، سردرگمی هویت، تکانشگری و مشکلات بین‌فردی مشخص می‌شود (۱). در تعریفی دیگر، اصطلاح شخصیت مرزی برای بیمارانی به کار می‌رود که با فقدان حس یکپارچهٔ هویت، ایگوی ضعیف، نبود سوپرایگوی یکپارچه و متکی بودن به مکانیسم‌های دفاعی اولیه مانند دوپاره‌سازی[2]، همانندسازی فرافکن[3] و تمایل به تفکر فرایند اولیه[4] مشخص می‌شوند؛ روابط بین‌فردی مختل، مشکلات هویتی، مشکلات تحصیلی و شغلی و نیز درگیری قانونی از مشکلاتی است که کارکردهای روزانهٔ مبتلایان به این اختلال را با مشکل مواجه می‌کند (۲). بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)[5]، اختلال شخصیت مرزی الگوی نافذ و فراگیری از بی‌ثبات در روابط بین‌فردی، خودپنداره و احساسات و هیجانات و نیز آشکارا تکانشی بودن است که از اوایل بزرگسالی شروع می‌شود (۲).

رویکردهای متفاوت روانشناختی به بررسی علل اختلال شخصیت مرزی از ابتدای تولد و چگونگی تأثیرگذاری روابط والدین بر اختلال شخصیت مرزی پرداخته‌اند ولی عمیق‌ترین آن‌ها رویکرد روان‌تحلیلی[6] بوده است (۱). بر اساس این رویکرد، شخصیت متشکل از ۳ پایگاه اید، ایگو و سوپرایگو می‌باشد. از آنجایی که ایگو وظیفهٔ مدیریت سیستم روانی را بر عهده دارد، تمام مشکلات روانی زمانی ظاهر می‌شوند که ایگو نتواند به مسئولیت‌هایش عمل کند. قدرت ایگو[7] توانایی حفظ هویت خود بدون توجه به استرس‌های روانی، رنج و تعارض بین نیازهای درونی و تقاضاهای بیرونی می‌باشد؛ به عبارتی، توانایی حفظ ثبات ایگو بر اساس مجموعهٔ نسبتاً پایداری از ویژگی‌های شخصیتی است که در توانایی حفظ سلامت روان منعکس می‌شود (۳). پایین بودن قدرت ایگو باعث می‌شود که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در روابط بین‌فردی خود از یکسری مکانیسم‌های دفاعی استفاده کنند که این مکانیسم‌ها بر وابستگی بین‌فردی و گرایش به پرخاشگری مستقیم به سوی خود تأکید دارد (۴). برودی و کارسن[8] در مطالعهٔ خود به این نتیجه رسیدند که قدرت ایگو می‌تواند قدرت انعطاف‌پذیری در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی را به ارمغان آورد (۵)، اما اگر یک مکانیسم دفاعی به طور غیر انعطاف‌پذیر به کار گرفته شود، موجب شکل‌گیری اختلال شخصیت مرزی می‌گردد. بشرپور و عینی در پژوهشی نشان داده‌اند که بین قدرت ایگو و اختلالات شخصیت خوشهٔ B رابطهٔ منفی معنی‌داری وجود دارد (۶). کرانکا[9] و همکاران (۳) نیز نشان دادند که روان‌درمانی گروهی فشردهٔ کوتاه‌مدت به همراه روان‌درمانی فردی، از طریق افزایش قدرت ایگو باعث تغییرات مطلوب در عملکرد شخصیتی می‌شود.

همچنین مطالعات پژوهشی مؤید این نکته هستند که اختلال شخصیت مرزی با کاربرد بیشتر مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد و تحریف‌کننده (مثل دوپاره‌سازی) و کاربرد کمتر دفاع‌های کارآمد مشخص می‌شود (۷). مکانیسم‌های دفاعی، فرایندهای تنظیم‌کنندهٔ خودکاری هستند که از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده، باعث کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی می‌شوند (۸). کرنبرگ[10] در دیدگاه خود از ویژگی‌های اساسی آسیب‌شناسی مرزی، به شش مکانیسم دفاعی اشاره کرد؛ بی‌ارزش‌سازی، همه‌توانی، آرمان‌سازی بدوی، همانندسازی فرافکن، انکار و دوپاره‌سازی. این دفاع‌ها به‌شدت با تشخیص مرزی ارتباط دارند. نشانهٔ متداول دوپاره‌سازی، تفکیک افراد مهم به دو بخش خیلی خوب (آرمان‌سازی) و خیلی بد (بی‌ارزش‌سازی)، بدون توانایی انسجام این دو بخش است. از آنجا که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی توانایی انسجام هویت خود و نیز هویت دیگران را ندارند، دوپاره‌سازی، ایگو را از تجربهٔ هرگونه تعارض مرتبط با فقدان انسجام هویت مصون می‌دارد. با توجه به اینکه دوپاره‌سازی شامل آرمان‌سازی و بی‌ارزش‌سازی است، این دو مکانیسم دفاعی نیز از مشخصه‌های افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌باشد (۹). پری[11] و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که اختلال شخصیت مرزی با دفاع‌های اساسی تصویر تحریف شده و عمدتاً دوپاره‌سازی تصویر خود و دیگران و نیز دفاع‌های سطح هیستریک از جمله گسستگی و سرکوبی رابطهٔ مثبت معنی‌داری دارد (۱۰). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی از مکانیسم‌های دفاعی بسیار ابتدایی استفاده می‌کنند که نتیجهٔ آن بروز رفتارهایی بسیار منقطع، بی‌ثبات و متضاد است (۱۱). در پژوهشی دیگری نیز مشخص شد که از بین مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک، مکانیسم دفاعی تشکل واکنشی مؤلفهٔ علایم تجزیه‌ای و پارانوییدی وابسته به استرس و از بین مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته، مکانیسم‌های دفاعی گذار به عمل، خیال‌پردازی و پرخاشگری منفعلانه با اختلال شخصیت مرزی در ارتباط هستند (۱۲).

بر اساس شواهد نظری در خصوص اختلال شخصیت مرزی و شیوع بالای این اختلال، اقدامات درمانی متعددی با توجه به سبب‌شناسی این اختلال مورد استفاده قرار گرفته است. در میان آن‌ها می‌توان به طرحواره درمانی[12]،

[1] Borderline personality disorder
[2] Splitting
[3] Projective identification
[4] Primary process
[5] Statistical manual of mental disorders, fifth edition
[6] Psychoanalytic
[7] Ego-strength
[8] Brody and Carson
[9] Cyranka
[10] Kernberg
[11] Perry
[12] Schema therapy

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.29252/shefa.7.3.1]

رفتاردرمانی دیالکتیکی[13] و روان‌درمانی متمرکز بر انتقال[14] اشاره کرد (۱۳). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT)[15] نوع خاصی از روان‌درمانی روان‌پویشی است که بتمن و فوناگی[16] برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ابداع کرده‌اند. این الگوی درمانی، مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریهٔ دلبستگی بالبی و ذهنی‌سازی. فرض اصلی اختلال شخصیت مرزی این است که کمبود ظرفیت ذهنی‌سازی منجر به بروز علایم اختلال شخصیت مرزی می‌شود (۱۴). 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 به دست می‌آید و زیربنای رفتارهای آشکار است. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، کمبودهایی در ظرفیت ذهنی‌سازی دارند که با سبک دلبستگی ناایمن مرتبط است (۱۵).

کانون اصلی اختلال شخصیت مرزی، 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 (۱۶). از تعداد زیادی روش‌های ذهنی‌سازی پایه برای مدیریت روند ذهنی‌سازی در هر جلسه استفاده می‌شود. مداخله با تأیید همدلانه در شروع جلسه، سپس کاوش و تمرکز عاطفی، ذهنی‌سازی رابطه و بازگشت به تأیید همدلانه و خلاصه حرکت به سمت پایان درمان مشخص می‌شود. درمانگر برای مدیریت این فرایند به یک سری روش‌ها نیاز دارد که تحت عنوان "توقف، گوش‌دادن، نگاه‌کردن" و "توقف، بازبینی، کاوش" دسته‌بندی شده است. این تکیه کلام‌های یادآورکننده به اقدامات درمانگر که سعی می‌کند تا فرایند ذهنی‌سازی را در جلسه دوباره ایجاد کند اشاره دارد (۱۷). لیبرمن چهار بعد ذهنی‌سازی خودکار در مقابل کنترل‌شده، ذهنی‌سازی خود در مقابل دیگری، ذهنی‌سازی ویژگی‌های درونی در مقابل ویژگی‌های بیرونی و ذهنی‌سازی شناختی در مقابل عاطفی را برای ذهنی‌سازی شناسایی کرد (۱۸). توانایی ذهنی‌سازی نیازمند این است که افراد بتوانند نه 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. نیمرخ ذهنی‌سازی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با تأکید بر بعد ذهنی‌سازی خودکار، دیگران، ویژگی‌های بیرونی و عاطفی مشخص می‌شود (۱۹). برونی[17] و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که مهارت‌های ذهنی‌سازی با کیفیت مراقبت‌های والدینی یادشده و آسیب‌های دوران کودکی ارتباط دارد (۲۰).

اولیویرا[18] و همکاران در پژوهشی نشان دادند که MBT در درمان نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر است (۱۶). همچنین پژوهش‌ها مؤید این نکته هستند که زیاد بودن تجارب از تنبیه‌های دوران کودکی با کاهش توانایی ذهنی‌سازی در بزرگسالی رابطه دارد و کاهش توانایی ذهنی‌سازی زیربنای اختلال شخصیت مرزی است (۲۱). MBT در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی، در ترکیب با آن جنبه‌های خاصی از مهارت‌های شناختی -اجتماعی و امنیت دلبستگی را بهبود می‌بخشد (۲۲). کالکلف و کارترود[19] در پژوهشی گزارش کردند که 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 به طور معنی‌داری بیشتر است (۲۳). بایرن و اِگن[20] در پژوهشی به بررسی اثربخشی و مکانیسم‌های تغییر سه مداخلهٔ روانشناختی (رفتاردرمانی دیالکتیکی، طرحواره‌درمانی و MBT) برای اختلال شخصیت مرزی پرداختند؛ نتایج نشان داد که افزایش مهارت‌های ذهنی‌سازی می‌تواند یک عامل اصلی در انواع درمان‌ها برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی باشد (۲۴). کویک[21] و همکاران نشان دادند که ذهنی‌سازی، یک هدف درمانی مهم می‌باشد که بر علایم اختلال شخصیت مرزی و عملکرد بین‌فردی در نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد (۲۵). همچنین به اهمیت بررسی توانایی‌های ذهنی‌سازی در رابطه با تغییر سطوح پیچیدگی، زمینه‌های بین‌فردی و سطوح انگیختگی اشاره کردند. هایدن[22] و همکاران در پژوهشی نشان دادند که MBT به طور قابل توجهی سطح ذهنی‌سازی را افزایش می‌دهد و سطح مشکلات بین‌فردی و شدت علایم را کاهش می‌دهد؛ به عبارتی بهبود ذهنی‌سازی، کاهش استرس بین‌فردی را پیش‌بینی می‌کند (۲۶).

مرور مطالعات گذشته نشان داد که تا به حال هیچ پژوهشی به طور مستقیم اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را بر قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد مطالعه قرار نداده است و اندک پژوهش‌های انجام شده در این زمینه مربوط به اثربخشی این درمان بر سایر علایم روانشناختی می‌باشد. از این رو، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بهبود قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، از نوع آزمایشی به صورت پیش‌آزمون -پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه دورهٔ پیگیری بود.

[13] Dialectical behavior therapy
[14] Transference focused psychotherapy
[15] Mentalization based treatment
[16] Bateman and Fonagy
[17] Brune
[18] Oliveira
[19] Kalleklev and Karterud
[20] Byrne and Egan
[21] Quek
[22] Hayden

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.29252/shefa.7.3.1]

جامعهٔ آماری این پژوهش را کلیهٔ مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بستری شده در بیمارستان روانپزشکی ایثار و بخش روانپزشکی بیمارستان فاطمی اردبیل در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند (N=۸۰). نمونهٔ پژوهش شامل ۳۰ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند، با توجه به پذیرش افراد برای شرکت در پژوهش، در وهلهٔ اول و دارا بودن ملاک‌های ورود از میان جامعهٔ آماری انتخاب شدند. در تحقیقات آزمایشی، حداقل حجم نمونه در هر زیرگروه بایستی ۱۵ نفر می‌باشد (۲۷)؛ با توجه به حجم پایین جامعهٔ آماری، ملاک‌های ورود و دسترسی مشکل به افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی حداقل حجم نمونه انتخاب شد. از نمونهٔ فوق به طور تصادفی ۱۵ نفر به‌منظور بررسی اثربخشی MBT در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه کنترل (بدون مداخله) گماشته شدند. طی مراحل درمان در گروه آزمایشی ۳ نفر قبل از خاتمه پژوهش درمان را ترک کردند. در گروه کنترل نیز ۱ نفر در پیگیری شرکت نکرد. در نهایت، ۲۶ نفر تا پایان مداخله و ارزیابی باقی ماندند.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱) دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی بر اساس DSM-5 در ارزیابی توسط روان‌پزشک و در مصاحبهٔ بالینی ساختار یافته برای اختلالات شخصیت DSM-5 در ارزیابی آزمونگر؛ ۲) به دست آوردن نمرهٔ بالاتر از (BR>۸۳) در سؤالات مربوط به اختلال شخصیت مرزی آزمون میلون ۳؛ ۳) حداقل تحصیلات دیپلم؛ ۴) دامنهٔ سنی بین ۳۰ تا ۶۰؛ ۵) نداشتن مسمومیت دارویی و مشکلات طبی بازدارنده. ملاک‌های خروج عبارتند از: ۱) عدم تمایل برای ادامهٔ درمان؛ ۲) داشتن غیبت بیش از دو جلسه در طی مداخله.

ابزارهای پژوهش

۱. مصاحبهٔ بالینی ساختار یافته برای اختلالات شخصیت

مصاحبهٔ بالینی ساختار یافته برای اختلالات شخصیت DSM-5 (SCID-5-PD)[23] یک مصاحبهٔ تشخیصی نیمه ساختار یافته می‌باشد که فرست[24] و همکاران برای تشخیص اختلالات شخصیت در DSM-5 تدوین کرده‌اند (۲۸). SCIP-5-PD کلیهٔ ۱۰ اختلال شخصیت مندرج در DSM-5 و سایر اختلالات شخصیت معین را تحت پوشش قرار می‌دهد. یکی از ویژگی‌های SCIP-5-PD این است که پرسشنامهٔ خودسنجی شخصیت به‌عنوان ابزار غربالگری در دسترس است. این پرسشنامه دارای ۱۰۶ پرسش است و در کمتر از ۲۰ دقیقه اجرا می‌شود، میزان تحصیلات لازم برای پاسخ‌دهی به آن حداقل ۸ کلاس است. آزماینده با توجه به پرسش‌هایی که بیمار به آن‌ها پاسخ مثبت می‌دهد مصاحبه را جهت می‌دهد. در مورد پایایی یا اعتبار SCID-5-PD اطلاعاتی در دسترس نیست؛ با این حال تعدادی از مطالعات پایایی پیشینهٔ آن یعنی SCID-II را مورد بررسی قرار داده بودند. لوبستال و همکاران ضریب کاپا SCID-II را از ۰/۶۹ برای اختلال شخصیت پارانوئید تا ۰/۹۵ برای اختلال شخصیت مرزی (با کاپای کلی ۰/۷۸) گزارش کردند (۲۹). شریفی و همکاران پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده شده با نسخهٔ فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن را گزارش کرده‌اند (۳۰).

۲. پرسشنامهٔ چند محوری میلون- III

پرسشنامهٔ چند محوری میلون-III (MCMI-III)[25] توسط تیودور میلون[26] روان‌شناس بالینی و شخصیت در سال ۱۹۸۱ تهیه گردیده است. شامل ۱۷۵ جملهٔ کوتاه توصیف خود با پاسخ‌های بلی و خیر است که برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود و شامل ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی است. اعتبار و روایی این آزمون بالاست (۳۱). در ایران شریفی و همکاران این پرسشنامه را هنجاریابی کردند که همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی آن در دامنهٔ ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شد (۳۲). همچنین رحمانی و همکاران اعتبار آزمون را از طریق همسانی درونی محاسبه کردند و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنهٔ ۰/۸۷ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پس از سانحه) به دست آمد (۳۳).

۳. پرسشنامهٔ روانشناختی قدرت ایگو

پرسشنامهٔ روانشناختی قدرت ایگو[27] توسط مارکستروم[28] و همکاران در سال ۱۹۹۷ ساخته شده است (۳۴). این پرسشنامه هشت نقطه قدرت ایگو که شامل: امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد هستند را می‌سنجد و دارای ۶۴ سؤال است. عبارات پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً با من مطابق است نمرهٔ ۵، کمی با من مطابق است نمرهٔ ۴، نظری ندارم نمرهٔ ۳، کمی با من مطابق نیست نمرهٔ ۲ و اصلاً با من مطابق نیست نمرهٔ ۱، نمره‌گذاری شده است. شیوهٔ پاسخ‌دهی سؤالات معکوس به صورت برعکس انجام می‌شود. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ نماید ۳۰۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ می‌باشد. نمرهٔ بالا در این آزمون به معنی سطح بالای قدرت ایگو است. نمرهٔ فرد در این پرسشنامه از حاصل جمع نمرهٔ فرد در سؤالات به دست می‌آید. مارکستروم و همکاران، روایی صوری، محتوا و سازهٔ این پرسشنامه را مورد تأیید قرار دادند و همچنین برای بررسی پایایی آن از روش محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ، آن را ۰/۶۸ گزارش کردند (۳۴). الطافی نیز آلفای کرونباخ سیاهه را بر روی نمونه‌ای ایرانی ۰/۹۱ و پایایی دو نیمه‌سازی مقیاس را ۰/۷۷ گزارش کرد (۳۵).

[23] Structured clinidal interview for DSM-5
[24] First
[25] Millon clinical multiaxial inventory- III
[26] Theodore Millon
[27] Psychosocial inventory of Ego strengths
[28] Markstrom

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.29252/shefa.7.3.1]

جدول ۱- محتوای جلسات پروتکل درمانی (MBT) بتمن و فوناگی (۱۷).

	جلسات	محتوی جلسات
MBT مقدماتی	اول (ذهنی‌سازی و موضع ذهنی‌سازی چیست؟)	خوشامدگویی/ معرفی رهبرگروه/ بیان اهداف جلسات گروهی/ بیان اهداف جلسهٔ اول/ تأکید بر حضور فعالانهٔ اعضا در گروه/ معرفی اعضای گروه و اینکه چرا به درمان ارجاع شده‌اند؟/ ارائهٔ کاربرگ/ توصیف ساختار گروه/ ارائهٔ فعالیت گروهی/ توضیح جنبه‌های خاص، ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوءتعبیرها از سوی رهبرگروه/ بیان مثال‌هایی از سوی شرکت‌کنندگان/ بررسی موارد مطرح شده از سوی اعضا/ ارائهٔ تکلیف خانگی
	دوم (مشکل‌داشتن با ذهنی‌سازی یعنی چه؟)	مروری بر بحث جلسهٔ قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب/ مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران/ مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری/ حساسیت بین‌فردی)/ ارائهٔ تمرین/ شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان از سوی رهبر گروه و بحث در مورد آن‌ها/ ارائهٔ تکالیف خانگی
	سوم (چرا ما هیجاناتی داریم و هیجانات اصلی کدامند؟)	مروری بر بحث جلسهٔ قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (هیجانات اصلی و اجتماعی/ هیجانات اولیه و ثانویه)/ ارائهٔ فعالیت گروهی/ توصیف انواع هیجانات و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجانات / ارائهٔ تکلیف خانگی
	چهارم (ذهنی‌سازی هیجانات)	مروری بر بحث جلسهٔ قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات)/ ارائهٔ فعالیت گروهی در مورد نحوهٔ ثبت هیجانات در رابطه با خود و دیگران/ بحث در مورد موارد مطرح شده از سوی شرکت‌کنندگان/ تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران/ ارائهٔ فعالیت گروهی/ بحث/ خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند/ ارائهٔ فعالیت گروهی/ بحث/ احساسات غیر ذهنی‌سازی که بسیار ناراحت‌کننده هستند و چگونه می‌توانیم چنین حالات هیجانی را مدیریت کنیم/ ارائهٔ فعالیت گروهی/ بحث/ ارائهٔ روش‌های آرمیدگی/ ارائهٔ تکلیف خانگی
	پنجم (اهمیت روابط دلبستگی)	مروری بر بحث جلسهٔ قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (اهمیت روابط دلبستگی)/ بحث در مورد دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی/ ارائهٔ فعالیت گروهی/ بحث/ ارائهٔ تکالیف خانگی
	ششم (دلبستگی و ذهنی‌سازی)	مروری بر بحث جلسهٔ قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (دلبستگی و ذهنی‌سازی)/ ارائهٔ فعالیت گروهی/ بحث/ تعارض‌های دلبستگی/ ارائهٔ فعالیت گروهی/ بحث/ ارائهٔ تکالیف خانگی
	هفتم (اختلال شخصیت چیست؟ BPD چیست؟)	مروری بر بحث جلسهٔ قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (اختلال شخصیت چیست؟ اختلال شخصیت مرزی چیست؟)/ ارائهٔ رویکرد آموزشی/ فعالیت گروهی/ بحث/ ارائهٔ جزوه در مورد معیارهای اختلال شخصیت مرزی/ ارائهٔ تکالیف خانگی
	هشتم (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)	مروری بر بحث جلسهٔ قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)/ بیان مشخصات و اهداف اختصاصی MBT/ آموزش و تمرین ذهنی‌سازی در گروه/ ارائهٔ تکالیف خانگی
	نهم (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)	مروری بر بحث جلسهٔ قبل/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه (جنبه دلبستگی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)/ فعالیت گروهی/ بحث/ اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران/ ایجاد روابط دلبستگی با بالینگر و اعضای دیگر گروه/ فعالیت گروهی/ بحث/ ارائهٔ تکالیف خانگی
	دهم (اضطراب، دلبستگی و ذهنی‌سازی)	مروری بر بحث جلسهٔ قبلی/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه/ ارائهٔ آموزش در مورد اضطراب و ترس/ ارائهٔ فعالیت گروهی/ بحث/ بیان انواع اختلالات اضطرابی و راهکارهای درمانی آن‌ها و اینکه یاری شخص دیگر مؤلفهٔ کلیدی در درمان است/ فعالیت گروهی/ بحث/ ارائهٔ تکالیف خانگی
	یازدهم (افسردگی، دلبستگی و ذهنی‌سازی)	مروری بر بحث جلسهٔ قبلی/ بررسی تکالیف/ بیان اهداف جلسه/ ارائهٔ رویکرد آموزشی در مورد افسردگی/ ارائهٔ فعالیت گروهی/ بحث/ ارائهٔ آموزش در مورد دوره و درمان افسردگی/ بحث در مورد تفکر افسرده‌ساز/ ارائهٔ فعالیت گروهی/ بحث/ ارائهٔ تکالیف خانگی
	دوازدهم	مروری بر بحث جلسهٔ قبلی/ بررسی تکالیف/ خلاصه و نتیجه‌گیری
MBT گروهی	سیزده (حمایت و تأیید همدلانه)	مروری بر بحث گروهی قبلی (MBT-I)/ بیان اهداف جلسات گروهی/ پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود/ تأیید همدلانه مباحث مطرح شدهٔ اعضای گروه
	چهاردهم و پانزدهم (شفاف سازی)	شفاف سازی مباحث مطرح شدهٔ اعضای گروه از سوی درمانگر/ ترکیب مشکلات/ کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش‌کشیدن
	شانزدهم (شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی)	شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباحث مطرح شده از سوی اعضای گروه
	هفدهم	آموزش در جهت ذهنی‌سازی مطالب برای تسهیل اعتماد معرفتی
	هجدهم و نوزدهم (ذهنی‌سازی ارتباط)	ذهنی‌سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال
	بیستم	آماده سازی برای پایان دادن به درمان/ تمرکز بر احساسات فقدان در زمینهٔ پایان درمان/ پایان دادن به درمان

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.29252/shefa.7.3.1]

۴. پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی

پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی (DSQ)[29] یک ابزار ۴۰ سؤالی در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) است که توسط اندروز[30] و همکاران تدوین شده است (۳۶). این ابزار ۲۰ مکانیسم دفاعی را در سه سبک رشد نایافته، رشد یافته و نوروتیک می‌سنجد. برای هر مکانیسم دو سؤال در نظر گرفته شده که مجموع آن‌ها نمرهٔ مربوط به آن مکانیسم و مجموع نمرات مکانیسم‌های مربوط به هر سبک، نمرهٔ سبک دفاعی مورد نظر را نشان می‌دهد. بدیهی است سبکی که بیشترین نمره را به خود اختصاص دهد، سبک غالب مورد استفادهٔ فرد است؛ ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی رضایت‌بخش توصیف شده است (۳۶). ویژگی‌های روانسنجی نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ سبک‌های دفاعی در چندین پژوهش مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۳۷).

۵. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

مداخله‌ای است که بتمن و فوناگی در سال ۲۰۱۶ برای درمان اختلالات شخصیت به‌خصوص اختلال شخصیت مرزی تدوین کرده‌اند. این پروتکل درمانی در پژوهش‌های متعددی در مورد اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گرفته است (۲۶-۲۲) و اثربخشی آن تأیید شده است. روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که بعد از هماهنگی و کسب کد اخلاق پژوهش (IR.ARUMS.REC.1396.134) 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. در آغاز ارزیابی تشخیصی بر اساس DSM-5 توسط متخصصان اعصاب و روان از مراجعین به عمل آمد و سپس برای انجام مصاحبهٔ بالینی ساختار یافته برای اختلالات شخصیت DSM-5 و اجرای آزمون میلون-III به آزمونگر ارجاع داده شد. به این صورت که از بین مردان ارجاع شده، افرادی که نمرهٔ BR بالاتر از ۸۳ را در آزمون میلون-III گرفتند و انجام مصاحبهٔ بالینی با توجه به ملاک‌های DSM-5 برای اختلالات شخصیت، ۳۰ نفر که مایل به شرکت در پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند.

قبل از ارائهٔ پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به صورت انفرادی نمونهٔ موردنظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف و کم و کیف پژوهش، در جریان پژوهش قرار گرفت و ارتباط لازم با آن‌ها برقرار شد. پس از کسب رضایت‌نامهٔ کتبی از بیماران برای شرکت در مداخله، پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد تا به تکمیل آن‌ها اقدام کنند. در مرحلهٔ بعدی، گروه آزمایش درمان MBT را به مدت ۲۰ جلسهٔ ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمود. گروه گواه ملاقات‌هایی با آزمونگر داشت، ولی درمان فعال و مشخصی روی آن‌ها اجرا نشد. با فاصلهٔ دو هفته پس از اتمام مداخلات، اقدام به جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون شد. در نهایت مجدداً افراد نمونه تحقیق بعد از یک دورهٔ ۲ ماهه به پرسشنامه‌ها جهت پیگیری ثبات مداخلات پاسخ دادند. در ضمن اطمینان‌دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده ساختن افراد نمونهٔ تحقیق از لحاظ روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی این پژوهش بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی شفه در نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش پایایی پرسشنامهٔ روانشناختی قدرت ایگو به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای مکانیسم‌های دفاعی رشد نایافته، رشد یافته و نوروتیک به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۵۳ و ۰/۶۲ به دست آمد. میانگین سنی در گروه آزمایش ۱/۵۳±۴۲/۹۱ سال و در گروه کنترل ۱/۶۰±۴۵/۱۴ سال بود. در گروه آزمایش ۴۱ درصد افراد و در گروه کنترل ۵۰ درصد افراد مطلقه بودند. در گروه آزمایش ۵۸ درصد افراد تحصیلات دیپلم و در گروه کنترل ۵۰ درصد افراد تحصیلات لیسانس داشتند. در گروه آزمایش ۴۱ درصد افراد و در گروه کنترل ۲۸ درصد افراد بیکار بودند.

جدول۲- میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی در گروه‌های آزمایش و کنترل.

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
			انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین
قدرت ایگو	آزمایش	۱۲	۹/۵۶ ±۷۵/۱۴۳	۱۵/۹۸ ± ۲۱۶/۴۱	۱۶±/۳۴ ۲۰۳/۹۱
	کنترل	۱۴	۷±/۲۷ ۱۵۱/۹۲	۱۱±/۶۵ ۱۵۳/۰۷	۱۰±/۰۶ ۱۵۷/۹۲
دفاع‌های رشد یافته	آزمایش	۱۲	۴±/۱۸ ۲۱/۳۳	۴±/۶۶ ۲۲/۰۸	۴±/۷۰ ۲۲/۸۳
	کنترل	۱۴	۴±/۷۶ ۲۱/۳۵	۴±/۱۲ ۲۲/۷۱	۳±/۴۱ ۲۲/۵۷
دفاع‌های نوروتیک	آزمایش	۱۲	۵±/۱۷ ۲۹/۲۵	۴±/۲۸ ۲۰/۷۵	۳±/۷۷ ۲۱/۰۸
	کنترل	۱۴	۳±/۷۹ ۲۹/۵۷	۴±/۵۱ ۲۸/۹۲	۵±/۷۰ ۲۸/۲۸
دفاع‌های رشد نایافته	آزمایش	۱۲	۴±/۲۸ ۱۰۶/۱۶	۶±/۷۱ ۳۹/۶۶	۶±/۹۴ ۴۰/۳۳
	کنترل	۱۴	۵±/۴۶ ۱۰۴/۷۸	۸±/۰۰ ۹۳/۵۷	۸±/۹۵ ۹۵/۵۰

[29] Defense styles questionnaire
[30] Andrews

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.29252/shefa.7.3.1]

نتایج جدول ۲ میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل را در قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی نشان می‌دهد. قبل از استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف -اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که توزیع نمرات متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون -پس‌آزمون و پیگیری نرمال می‌باشد و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند ($P>۰/۰۵$). همچنین عدم معنی‌داری آزمون لوین برای متغیر قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است ($P>۰/۰۵$). به‌منظور آزمودن مفروضهٔ کرویت از آزمون موچلی استفاده شد که نتایج نشان‌دهندهٔ همگنی ماتریس واریانس -کوواریانس در متغیرهای پژوهش است ($P>۰/۰۵$). بنابراین از ردیف مربوط به فرض کرویت استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۳ نشان می‌دهد، اثر گروه بر قدرت ایگو، دفاع‌های نوروتیک و رشد نایافته معنی‌دار است ($P<۰/۰۵$)؛ مقایسهٔ میانگین‌های دو گروه نشان می‌دهد که نمرهٔ گروه MBT در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری در قدرت ایگو بالاتر و در دفاع‌های نوروتیک و رشد نایافته پایین‌تر است و اثر گروه بر دفاع‌های رشد یافته معنی‌دار نیست ($P>۰/۰۵$). نتایج درون گروهی نشان می‌دهد که عامل زمان بر میزان قدرت ایگو و نمرات مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته، نوروتیک و رشد نایافته معنی‌دار می‌باشد، به عبارت دیگر، میزان نمرات قدرت ایگو و دفاع‌های رشد یافته از پیش‌آزمون تا پیگیری افزایش و دفاع‌های نوروتیک و رشد نایافته کاهش یافته است. همچنین اثر تعامل زمان و گروه نیز بیانگر این است که بین دو گروه (MBT و کنترل) از لحاظ نمرات قدرت ایگو، دفاع‌های نوروتیک و رشد نایافته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$) ولی در دفاع‌های رشد یافته تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P<۰/۰۵$).

با هدف مشخص‌کردن ماهیت تفاوت متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها، از آزمون مقایسهٔ چندگانهٔ شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در پیش‌آزمون گروه‌های MBT و کنترل از لحاظ نمرات قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشد نایافته تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما در پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های MBT و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$).

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی MBT و زمان بر نمرات قدرت ایگو و انواع مکانیسم‌های دفاعی.

متغیر	منبع تغییرات		SS	df	MS	F	P	Partial Eta^2
قدرت ایگو	بین گروهی	گروه	۲۲۰۳۸/۷۷۰	۱	۲۲۰۳۸/۷۷۰	۷۵/۰۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۸
		خطا	۷۰۴۴/۶۱۵	۲۴	۲۹۳/۵۲۶	-	-	-
	درون گروهی	زمان	۲۱۲۸۹/۲۳۳	۲	۱۰۶۴۴/۶۱۷	۱۴۶/۸۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۶۰
		خطا	۳۴۷۸/۲۵۴	۴۸	۷۲/۴۶۴	-	-	-
		زمان*گروه	۱۷۹۸۶/۶۶۹	۲	۸۹۹۳/۳۳۵	۱۲۴/۱۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۸
دفاع‌های رشد یافته	بین گروهی	گروه	۰/۳۳۲	۱	۰/۳۳۲	۰/۰۰۷	۰/۹۳۴	۰/۰۰۱
		خطا	۱۱۴۷/۸۲۱	۲۴	۴۷/۸۲۶	-	-	-
	درون گروهی	زمان	۲۶/۲۲۵	۲	۱۳/۱۱۳	۳/۲۲۹	۰/۰۴۸	۰/۱۱۹
		خطا	۱۹۴/۹۲۹	۴۸	۴/۰۶۱	-	-	-
		زمان*گروه	۲/۶۸۷	۲	۱/۳۴۳	۰/۳۳۱	۰/۷۲۰	۰/۰۱۴
دفاع‌های نوروتیک	بین گروهی	گروه	۵۰۲/۴۶۹	۱	۵۰۲/۴۶۹	۱۰/۷۵۴	۰/۰۰۳	۰/۳۰۹
		خطا	۱۱۲۱/۳۷۷	۲۴	۴۶/۷۲۴	-	-	-
	درون گروهی	زمان	۳۸۹/۷۹۰	۲	۱۹۴/۸۹۵	۲۴/۷۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸
		خطا	۳۷۷/۸۲۵	۴۸	۷/۸۷۱	-	-	-
		زمان*گروه	۲۲۱/۴۸۲	۲	۱۱۰/۷۴۱	۱۴/۰۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷۰
دفاع‌های رشد نایافته	بین گروهی	گروه	۲۴۹۷۸/۶۶۸	۱	۲۴۹۷۸/۶۶۸	۲۷۹/۸۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۲۱
		خطا	۲۱۴۲/۴۶۰	۲۴	۸۹/۲۶۹	-	-	-
	درون گروهی	زمان	۲۵۱۷۶/۵۵۹	۲	۱۲۵۸۸/۲۸۰	۴۴۷/۶۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۹
		خطا	۱۳۴۹/۸۲۵	۴۸	۲۸/۱۲۱	-	-	-
		زمان*گروه	۱۳۴۷۳/۸۹۳	۲	۶۷۳۶/۹۴۶	۲۳۹/۵۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۹

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.29252/shefa.7.3.1]

جدول ۴- نتایج آزمون شفه برای مقایسهٔ گروه‌های MBT و کنترل در نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری قدرت ایگو و مؤلفه‌های آن (*$P<۰/۰۵$ و **$P<۰/۰۰۱$).

متغیر	دوره	مقایسهٔ میانگین دو گروه MBT- کنترل
قدرت ایگو	پیش‌آزمون	-۸/۱۷
	پس‌آزمون	۶۳/۳۴**
	پیگیری	۴۵/۹۸**
دفاع‌های نوروتیک	پیش‌آزمون	-۰/۳۲
	پس‌آزمون	-۸/۱۷**
	پیگیری	-۷/۲۰*
دفاع‌های رشد نایافته	پیش‌آزمون	۱/۳۸
	پس‌آزمون	-۵۳/۹۰**
	پیگیری	-۵۵/۱۶**

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به BPD بود. بر اساس نتایج به دست آمده درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به BPD تأثیر معنی‌داری داشت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که MBT بر بهبود قدرت ایگو افراد مبتلا به BPD اثربخش بوده است. 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. فوناگی و بتمن در پژوهشی نشان دادند که MBT در تمرکز بر افزایش توانایی بیمار برای فکر کردن و تنظیم حالات ذهنی منحصر به فرد است (۱۴). کرانکا و همکاران نیز نشان دادند که روان‌درمانی گروهی فشردهٔ کوتاه‌مدت به همراه روان‌درمانی فردی، از طریق افزایش قدرت ایگو باعث تغییرات مطلوب در عملکرد شخصیتی می‌شود (۳). در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که تغییر مثبت در دامنهٔ قدرت ایگو که در بیماران مشاهده شد، بیانگر این است که افراد مبتلا به BPD در نتیجهٔ درمان، سازگاری روانشناختی بهتر و گسترهٔ وسیع‌تری از مکانیسم‌ها را به دست آورده‌اند که آن‌ها را قادر می‌سازد با شرایط استرس‌زا و مشکلات روزمره به طور مؤثرتری مواجه شوند. چرا که MBT، باعث بهبود توانایی ذهنی‌سازی در افراد مبتلا به BPD می‌شود؛ سطوح بالای ذهنی‌سازی با تاب‌آوری در برابر شرایط استرس‌زا و توانایی بهره‌گیری از یک دیدگاه متفاوت در نتیجهٔ ناملایمات مرتبط می‌باشد (۱۷). علاوه بر این، افرادی که ذهنی‌ساز قوی هستند ظرفیت خوبی نیز برای عضوگیری -رابطه نشان می‌دهند، به‌عبارتی آن‌ها قادرند با دیگران که مراقب و مفید هستند و می‌توانند در تنظیم مشترک مؤثر استرس و ناملایمات کمک کنند، ارتباط برقرار کنند؛ بدون ذهنی‌سازی، حس قوی از خود، تعامل اجتماعی سازنده، تقابل در روابط و احساس امنیت شخصی نمی‌تواند وجود داشته باشد. به عبارتی، اختلال در ذهنی‌سازی با سردرگمی هویت مرتبط است و آن نیز به نوبهٔ خود با مشکلات بین‌فردی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مرتبط است (۳۸). بنابراین، MBT با شفاف‌سازی مشکلات، ذهنی‌سازی جزئیات مشکل، ذهنی‌سازی رابطه و فرایندهای بین‌فردی در گروه درمان باعث تسهیل اعتماد شناختی در گروه شده که آن نیز به نوبهٔ خود باعث تغییر در عملکرد ذهن افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود؛ این تغییر باعث بهبود عملکرد ایگوی فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در موقعیت‌های بین‌فردی و استرس‌زا می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که MBT بر بهبود دفاع‌های نوروتیک و رشد نایافتهٔ افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مؤثر بوده است. 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. گیوگلیانو[31]، فرایند انتقال در روان‌درمانی به بیمار کمک می‌کند تا آگاهی بیشتری را در مورد روابط دوتایی مبتنی بر درون‌سازی‌های اولیه کسب کند که اغلب با مکانیسم‌های دفاعی دوپاره‌سازی و فرافکنی مشخص می‌شوند (۳۹)؛ مولمستر[32] و همکاران مبنی بر اثربخشی MBT بر یکپارچه‌کردن بازنمایی‌های افراطی از خود و دیگران که در نهایت منجر به احساس پایداری از انسجام خود می‌شود (۴۰)؛ هایدن و همکاران، MBT با بهبود ذهنی‌سازی کاهش استرس بین‌فردی را پیش‌بینی می‌کند (۲۶). در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که انسجام خود ناشی از MBT مانع از فرافکنی جنبه‌های از خود به دیگران می‌شود و در نتیجه باعث کاهش استفاده از دفاع‌های رشد نایافته می‌شود. در تبیینی دیگر می‌توان چنین بیان کرد تحریک سریع سیستم دلبستگی در افراد مبتلا به BPD که نتیجهٔ ترومای گذشته است؛ در گرایش بیماران مبتلا به BPD هم با حرکت به سمت صمیمیت با شتاب بیش از حد و هم با آسیب‌پذیر شدن به از دست دادن موقت مهارت‌های ذهنی‌سازی در موقعیت‌های بین فردی شدید مشخص می‌شود (۱۷). MBT باعث بهبود ذهنی‌سازی و کاهش استرس بین‌فردی می‌شود و در نتیجه استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشد نایافته را در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کاهش می‌دهد. در تبیینی دیگر نیز می‌توان چنین بیان کرد که افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که در شرایط استرس‌زا به دلیل سبک‌های دلبستگی ناایمن، مهارت‌های ذهنی‌سازی خود را از دست می‌دهند به راه‌هایی که کودکان خردسال قبل از رشد ظرفیت‌های ذهنی‌سازی خود رفتار می‌کردند متوسل می‌شوند که در واقع حالات پیش‌ذهنی‌سازی (غایت‌شناختی، هم‌ارزی روانی و حالت وانمودی) است (۱۷)، این حالات

[31] Giugliano
[32] Meulemeester

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-08]
[DOI: 10.29252/shefa.7.3.1]

با به کارگیری دفاع‌های رشد نایافته و نوروتیک باعث کاهش سطح انگیختگی در روابط بین‌فردی می‌شود؛ بنابراین MBT با بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی فرد و تعدیل حالات پیش‌ذهنی‌سازی، باعث کاهش استفاده از دفاع‌های نوروتیک و رشد نایافته در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بود؛ از جمله اینکه پژوهش حاضر 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 این رو پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این پژوهش روی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در شهرهای دیگر انجام شود و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین نمونهٔ مورد مطالعه فقط مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود که به علت عدم دسترسی به زنان مبتلا به این اختلال امکان مقایسهٔ این گروه‌ها وجود نداشت. عدم مقایسهٔ این روش درمانی با سایر رویکردهای درمانی محدودیت دیگر این پژوهش می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در کنار MBT هم روش درمانی دیگری هم برای اختلال شخصیت مرزی استفاده شود و این دو روش با هم مقایسه شوند تا اثربخشی هر کدام مشخص شود. همچنین عدم کنترل تأثیر دارودرمانی و عدم کنترل بیماری‌های همبود (اختلال دوقطبی، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و.....) از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تأثیر دارو و بیمارهای همبود کنترل و بررسی شود.

در مجموع می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌عنوان یک رویکرد درمانی جدید با پیشینهٔ پژوهشی قوی، راهبردی مناسب در بهبود قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است و می‌توان از آن به‌عنوان یک شیوهٔ مداخله‌ای مؤثر در درمان اختلال شخصیت مرزی استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای نویسنده مسئول می‌باشد که با هزینهٔ شخصی انجام شده است. از مسئولین محترم بیمارستان‌های روانپزشکی ایثار و فاطمی اردبیل و نیز از کلیهٔ بیماران محترمی که در این پژوهش شرکت نموده و با همکاری صادقانهٔ خود زمینه را برای نتیجه‌گیری دقیق مهیا نمودند، قدردانی می‌شود.

منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and s tatistical manual of mental disorders DSM-5. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association Publishing; 2013.

2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

3. Cyranka K, Rutkowski K, Mielimaka M, Sobanski JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski L, et al. Changes in ego strength in patients with neurotic and personality disorders treated with a short-term comprehensive psychodynamic psychotherapy. Psychiatr Pol. 2018; 52(1): 115-27.

4. Presniak MD, Olson TR, Macgregor MW. The role of defense mechanisms in borderline and antisocial personalities. Journal of Personality Assessment. 2010; 92(2): 137-45.

5. Brody S, Carson CM. Brief report: self-harm is associated immature defense mechanisms but not substance use in a nonclinical Scottish adolescent sample. Journal of Adolescence. 2014; 35(3): 765-7.

6. Basharpoor S, Einy S. Predicting personality disorders based on Zuckerman's alternative five -factor model and ego strength. Journal of Shahrekord University Medical Sciences. 2017; 19(5): 84-93.

7. Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. Harv Rev Psychiatry. 2004; 12(5): 263-78.

8. Vaillant GE. Triumphs of experience: the men of the harvard grant study. Cambridge, MA: Belknap of Harvard UP. 2012.

9. Presniak MD. Can defense mechanisms aid in our differentiation of borderline and antisocial personalities? PhD thesis. University of Saskatchewan, SK. 2008.

10. Perry JC, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. Psychiatry. 2013; 76(1): 32-52.

11. Sinha BK, Watson DC. Personality disorder clusters and defense style questionnaire. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2004; 77(1): 55-66.

12. Nohi S, Hasani J. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and defense mechanisms with borderline personality disorder. Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology. 2017;

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.29252/shefa.7.3.1]

11(43): 57-66.

13. Dimeff LA, Koerner K. Dialectical behavior therapy in clinical practice. New York: Guillford press; 2007.

14. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World Psychiatry. 2010; 9(1): 11-5.

15. Bateman A, Fonagy P. Impact of clinical severity on outcomes of mentalization- based treatment for borderline personality disorder. Br J Psychiatry. 2013; 203(3): 221-7.

16. Oliveira CD, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Mentalization based treatment and borderline personality disorder. Encephale. 2017; 43(4): 340-5.

17. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders. 1th ed. United Kingdom: Oxford University Press; 2016.

18. Lieberman MD. Social cognitive neuroscience: A review of core processes. Annu Rev Psychol. 2007; 58: 259-89.

19. Sharp C. The social-cognitive basis of BPD: A theory of hypermentalizing. Sharp C, Tackett JL. Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents. New York, NY: Springer; 2014.

20. Brune M, Walden S, Edel MA, Dimaggio G. Mentalization of complex emotions in borderline personality disorder: The impact of parenting and exposure to trauma on the performance in a novel cartoon-based task. Comprehensive Psychiatry. 2016; 64: 29-37.

21. Petersen R, Brakoulias V, Langdon R. An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. Compr Psychiatry. 2016; 64: 12-21.

22. Edel MA, Raaff V, Dimaggio G, Buchheim A, Brune M. Exploring the effectiveness of combined mentalization- based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder - A pilot study. Br J Clin Psychol. 2017; 56(1): 1-15.

23. Kalleklev J, Karterud S. A comparative study of a mentalization- based versus a psychodynamic group therapy session. 2018. https://doi.org/10.1177/0533316417750987.

24. Byrne G, Egan J. A review of the effectiveness and mechanisms of change for three psychological interventions for borderline personality disorder. Clinical Social Work Journal. 2018; 46(3): 174-86.

25. Quek J, Melvin GA, Bennett C, Gordon MS, Saeedi N, Newman LK. Mentalization in adolescents with borderline personality disorder: A comparison with healthy controls. J Pers Disord. 2019; 32(2): 145-63.

26. Hayden MC, Müllauer PK, Gaugeler R, Senft B, Andreas S. Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. J Clin Psychol. 2018; 74(12): 2276-86.

27. Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. 1th ed. Tehran: Roshd Press. 2011.

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

29. Lobbestael J, Arntz A, Bernstein DP. Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. J Pers Disord 2010; 24(3): 285-95.

30. 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; 6(1-2): 10-22.

31. Chegini M, Delavar A, Garrayi B. Psychometric characteristics of Millon clinical multiaxial inventory-III. Journal of Psychology (Tabriz University). 2013; 8(29): 135-62.

32. Sharifi AA, Molavi H, Namdari K. The validity of MCMI- III (Millon) scales. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2008; 34(9): 27-38.

33. Rahmani F, Kiani MA, Rezaie F, Nasuri M, Aras teh M. Personality, intellectual and emotional state of patients with borderline personality disorder. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2013; 18(3): 1-12.

34. Markstrom CA, Sabino VM, Turner BJ, Berman RC. The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. Journal of Youth and Adolescence. 1997; 26(6):705-32.

35. Altafi SH. Study and comparison of ego-strength and personality characteristics of substance-dependent and non-dependent individuals. (dissertation). Tehran:

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.29252/shefa.7.3.1]

Shahed University; 2010.

36. Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire. Journal of Nervous and mental. 1993; 181(4): 246-56.

37. Besharat MA, Mohammadi Hoseini Nezhad E, Gholamali Lavasani M. The mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between alexithymia, anger and anger rumination with ego defense styles. Contemporary Psychol. 2015; 9(2): 29-48.

38. Luyten P, Mayes LC, Fonagy P, Van Houdenhove B. The interpersonal regulation of stress: A developmental framework. Manuscript submitted for publication. 2010.

39. Giugliano J. Object relations treatment of a woman with borderline personality disorder from a Mahlerian perspective: A case illustration. Clinical Case Studies. 2012; 11(6): 441-56.

40. Meulemeester CD, Lowyck B, Vermote R, Verhaest Y, Luyten P. Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. Psychiatry Res. 2017; 258: 141-4.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-08]

[DOI: 10.29252/shefa.7.3.1]