

## اثربخشی آموزش تئوری ذهن بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی

مهری شیخو<sup>۱</sup>، افشین صلاحیان<sup>۲</sup>، فریبرز باقری<sup>۳</sup>

۱- فارغ التحصیل ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران (نویسنده مسئول)

۲- استادیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳- استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران

### چکیده

اختلال شخصیت مرزی اختلالی چندبعدی است که با نارسایی های متعددی در روابط بین فردی، خود پنداره، کنشهای شناختی، هیجانی و رفتاری مشخص می شود. باتوجه به اهمیت ابعاد آن هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش تئوری ذهن بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی بود. روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی بود که دارای دو گروه کنترل و آزمایش بود و نمرات پیش آزمون طی فرایند تحلیل کنترل شد. جامعه آماری کلیه مراجعین دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی در کلینیک های منطقه ۵ تهران در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه آماری شامل ۲۲ نفر از مراجعین دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی با استفاده از پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (STB) بود. انتخاب نمونه به روش دردسترس بود، سپس بصورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارش شدند. جهت تعیین اثربخشی مداخله از آزمون آنکوا با کنترل نمرات پیش آزمون استفاده شد. نتایج حاکی از اثربخشی مداخله بود و ۳۷ درصد واریانس تفاوت دو گروه به علت مداخله بود. جهت مقایسه متغیرهای وابسته در دو گروه و بررسی فرضیه های فرعی از آزمون مانکوا استفاده شد. طبق نتایج بصورت کلی بین دو گروه در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود داشت و اثربخشی درمان حدود ۴۹ درصد بود. طبق نتایج، آموزش تئوری ذهن فقط در کاهش تکانشگری موثر بود و میزان اثربخشی آن ۴۶ درصد بود. بنابراین فرضیه های فرعی اول و سوم رد؛ و فقط فرضیه فرعی دوم تایید شد.

**واژه های کلیدی:** آموزش تئوری ذهن، اختلال شخصیت مرزی، ذهن آگاهی، ناامیدی، تکانشگری

## بیان مسأله

اختلال شخصیت مرزی اختلال روانی چندبعدی است که با نارسایی های متعددی در روابط بین فردی، خود پنداره و کنشهای شناختی، هیجانی و رفتاری مشخص می شود. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی<sup>۱</sup> در مرز روان نژندی و روان پریشی قرار دارند و مشخصه آنها ناپایداری حالت عاطفی، خلق، فتار و روابط ابژه ای و خودانگاره<sup>۲</sup> آنها است. این اختلال را به نام های اسکیزوفرنی موقت<sup>۳</sup>، شخصیت انگاری<sup>۴</sup> اصطلاحی که هلن داش<sup>۵</sup> وضع کرده است، اسکیزوفرنی شبه نوروئیک<sup>۶</sup> (که پاول هوخ و فیلیپ پولیتن وصف کرده اند)، و اختلال منش سایکوتیک (که جان فرش ذکر کرده است) نیز خوانده اند (بالتز و شای، ۲۰۱۳). در ICD-۱۰ نیز اختلال شخصیت دارای بی ثباتی هیجانی<sup>۷</sup> نامیده شده است. تاکنون هیچ مطالعه ای نشده که میزان قطعی شیوع این اختلال را نشان دهد اما به نظر می رسد یک تا دو درصد از جمعیت مبتلا باشد و در زنها نیز دو برابر مردها شایع است. شیوع اختلال افسردگی اساسی، اختلالات مربوط به مصرف الکل، و سوء مصرف مواد، در بستگان درجه اول افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بیشتر از جمعیت عمومی است. طبق DSM-IV-TR اگر بیماری از اوایل بزرگسالی لااقل پنج تا از ملاک هایی را داشته باشد، می توان تشخیص اختلال شخصیتی مرزی را در موردش مطرح کرد (DSM-۵). از بررسی های زیستی (بیولوژیک) هم می توان برای تشخیص کمک گرفت، چنان که در برخی از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، دوره نهفتگی<sup>۸</sup> کوتاه شده، تداوم خواب مختل است، و نتایج غیرطبیعی در آزمون فرونشانی دگزامتازون و هم چنین آزمون تحریک با هورمون آزادکننده تیروتروپین دیده می شود. اما این تغییرات در برخی از بیماران دچار اختلالات افسردگی هم دیده می شود. بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی تقریباً همیشه به نظر می رسد که در بحران

<sup>۱</sup> Borderline<sup>۲</sup> Self-image<sup>۳</sup> ambulatory<sup>۴</sup> as-if personality<sup>۵</sup> Helene Doutsch<sup>۶</sup> Pseudoneurotic<sup>۷</sup> Emotionally unstable<sup>۸</sup> REM

به سر می‌برند. چرخش‌های سریع خلق<sup>۹</sup> در مبتلایان شایع است: یک لحظه ممکن است نزاع طلب باشند، لحظه بعد افسرده و لحظه‌ای دیگر شاکی از این که هیچ احساسی ندارند (آیزنک، ۲۰۱۳). اینگونه بیماران ممکن است حملات روانپریشی با عمر کوتاه داشته باشند که اصطلاحاً حملات میکروسایکوتیک خوانده می‌شود، اما حملات شدید و تمام عیار روانپریشی در اینها دیده نمی‌شود؛ درواقع علایم روانپریشی که بیماران دچار اختلاف شخصیت مرزی پیدا می‌کنند، تقریباً همیشه محدود، گذرا، و مشکوک است. رفتار اینگونه بیماران بسیار غیرقابل پیش‌بینی است و از همین رو آن‌ها تقریباً هیچ‌وقت به آن مقدار کارایی که در توانشان هست، دست نمی‌یابند. دردناک بودن ذاتی زندگی آن‌ها در خودزنی‌های مکرر آن‌ها مشهود است. اینگونه بیماران برای جلب کمک دیگران، ابراز خشم، یا برای کرخت کردن خود در برابر حالت عاطفی فلج کننده‌ای که دارند، ممکن است رگ دست خود را بزنند یا به اشکال دیگر خود زنی کنند. بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی چون احساس وابستگی و خصومت<sup>۱</sup> را همزمان دارند، روابط بین فردی‌شان آشفته و به هم ریخته است. ممکن است به کسی که احساس نزدیکی با او می‌کنند، وابسته شوند، و از طرف دیگر نسبت به دوستان صمیمی خود هم اگر احساس سرخوردگی پیدا کنند، خشمی بسیار زیاد ابراز می‌کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۳). بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی نمی‌توانند تنهایی را تحمل کنند و برای تشفی خود حتی به نحوی دیوانه‌وار به جست‌وجوی ایجاد رابطه برمی‌آیند، ولو این که رابطه برای خودشان ارضاکننده نباشد. آن‌ها برای رفع تنهایی خود حتی اگر دیری هم نپاییده باشد، با غریبه‌ها دوست می‌شوند یا به بی‌بندوباری می‌افتند (اوین، ۲۰۱۴). آن‌ها اغلب از احساس مزمن پوچی و بی‌حوصلگی و فقدان احساس هویتی یکدست (ابهام در هویت)<sup>۱</sup> شاکی‌اند، و وقتی تحت فشار قرار می‌گیرند، از این شکایت می‌کنند که اکثر اوقات علی‌رغم ابزار شدید حالات عاطفی دیگر بسیار افسرده‌اند. اتوکنربگ، سازوکاری دفاعی به نام همانندسازی فراکنانه<sup>۱</sup> را وصف کرده است که بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی به کار می‌برند. با اذعان به اینکه ذهن انسان ادراکات پیچیده‌ای دارد و نقش بسیار مهمی در رفتارها، باورها، قصدها و نیات انسان ایفا می‌کند، به نظر می‌رسد تئوری ذهن نقش مثبتی در شناخت و باور بیماران دارای اختلال ایفا کند. با توجه به این که، اختلال شخصیت مرزی بسیار پیچیده با نوسان‌های خلقی متفاوت و توأم با دوسوگرایی، هیجانات فراگیر، تحریک‌پذیری، بی‌ثباتی در روابط بین فردی، تکانشگری همراه با اختلالات

<sup>۹</sup>mood swing<sup>۱۰</sup>hostile<sup>۱۱</sup>Identity diffusion<sup>۱۲</sup>Projective identification

مزمّن است و درمان قطعی و موثری تاکنون برای این اختلال ارائه نگردیده، با توجّه به عدم درک بیماران اختلال شخصیت مرزی از برقراری ارتباط صحیح و شناخت موقعیت‌های تعاملی به‌نظر می‌رسد تئوری ذهن (وانگ، ۲۰۱۸؛ ادیت، ۲۰۱۸) با راهکارهای فراشناختی و مداخلات و آموزش روابط بین فردی از طریق تکنیک‌های خاص این متد گام مثبتی در بهبود وضعیت این بیماران دربردارد. در این پژوهش حاضر به بررسی تأثیر تئوری ذهن در کاهش علائم اختلاف شخصیت مرزی پرداخته است.

## روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی است که دارای دو گروه کنترل و آزمایش بود و نمرات پیش آزمون طی فرایند تحلیل کنترل شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مراجعین دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی در کلینیک های منطقه ۵ تهران در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از مراجعین دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی با استفاده از پرسشنامه STB از مراکز مشاوره منطقه پنج شهر تهران بود. انتخاب نمونه به روش دردسترس، و بصورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارش شدند. تعداد ۸ نفر از مراجعین نیز در فرایند کار ریزش داشته و تعداد نهایی جهت تحلیل داده ها ۲۲ نفر بود.

## ابزار پژوهش

پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (STB): مقیاس شخصیتی STB، شامل ۱۸ ماده می‌باشد که به صورت بلی خیر جواب داده می‌شود. جواب بلی یک نمره و جواب خیر نمره صفر می‌گیرد. البته در این مقیاس از متون معتبر روان شناسی مرضی ۶ ماده دیگر به آن اضافه گردید تا تعریف DSM-IV-TR از BPD را پوشش دهد، بنابراین مقیاس STB دارای ۲۴ ماده می‌باشد. ماده‌های ۱۹-۲۴ اضافه گردیده‌اند. ضریب پایایی باز آزمایی را برای STB، ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. همچنین، رولینگر و همکاران ضریب آلفای ۰/۸۰ را برای STB گزارش کرده‌اند. روایی همزمان STB با مقیاس‌های روان رنجور خویی و روان پریشی گرایی EPQ در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است (رولینگر و همکاران، ۲۰۰۱). فرم تجدید نظر شده ی پرسش نامه شخصیتی آیزنگ EPQ-R به عنوان ابزار دوم و به منظور احراز روایی همزمان

STB بر روی ۶۵ نفر به کار گرفته شد. پایایی بازآزمایی گزارش شده توسط سازندگان اصلی آزمون نیز اعدادی بین حداقل ۰/۷۶ برای شاخص روان پریشی و حداکثر ۰/۹۰ برای شاخص برون گرایی می باشد. ساختار عاملی مقیاس STB از شیوه ی اکتشافی و روش تحلیل مولفه های اصلی با چرخش پروماکس استفاده شده است. سه عامل ناامیدی-تکانشگری و علائم تجزیه ای و پارانویید وابسته به استرس به تربیت بیشترین درصد کوواریانس را تبیین می کند. همبستگی فرد، آزمونها با یکدیگر و با کل آزمون عوامل ناامیدی-تکانشگری و علائم تجزیه ای و پارانوئیدی وابسته به استرس به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۷۱ می باشد که چرایی مطلوب دارد. همبستگی بین عامل ها بین ضریب پایایی کل مقیاس ۰/۸۴ و برای فرد، مقیاسهای ناامیدی، تکنانشری و علائم تجزیه ای و پارانوئیدی وابسته به استرس به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۷۲، ۰/۵۰ به دست آورد (کلاریچ و بروکس، ۱۹۸۴).

ملاک های ورود به پژوهش شامل: تشخیص اختلال شخصیت مرزی، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و متاآمفتامین ها.

### روش تجزیه و تحلیل داده ها

به منظور تحلیل عینی و سازمان یافته ی داده های پژوهش و امکان مقایسه توصیفی دو گروه کنترل و آزمایش از روشهای آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون مانکوا با بررسی پیش فرض های استنباطی بهره گرفته شد. به منظور بررسی پیش فرض برابری واریانس ها و کوواریانسها و نرمال بودن از آزمون های ام.باکس و کولموگروف اسمیرنف استفاده شد.

### یافته های توصیفی

در این بخش یافته های توصیفی نمونه پژوهش ارائه شده و در بخش استنباطی نیز یافته های پژوهش بر مبنای فرضیه ها ارائه شده است. در جدول ۴-۱ فراوانی و درصد نمونه پژوهش بر اساس متغیرهای دموگرافیک وضعیت تاهل، تحصیلات، و رشته نمونه پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش نشان داده شده است.

جدول ۱- فراوانی و درصد نمونه پژوهش بر اساس متغیرهای دموگرافیک

متغیر	زیرمقیاس	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
وضعیت تاهل	متاهل	۲	۱۸/۱۸	۹	۸۲/۸۱
	مجرد	۹	۸۲/۸۱	۲	۱۸/۱۸
تحصیلات	دیپلم	۱۱	۱۰۰	۹	۸۲/۸۱
	لیسانس	۰	۰	۰	۰
	فوق لیسانس	۰	۰	۲	۱۸/۱۸
رشته	هیچ رشته ای	۵	۴۵/۴۵	۶	۵۴/۵۴
	کامپیوتر	۳	۲۷/۲۷	۲	۱۸/۱۸
	اقتصاد	۱	۰۹/۹	۲	۱۸/۱۸
	تجربی	۲	۱۸/۱۸	۱	۰۹/۹

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمونه بر اساس سن در دو گروه کنترل و آزمایش نشان داده شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمونه پژوهش بر اساس متغیر سن

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
سن	کنترل	۶۳/۳۰	۷۱/۶	۱۱
	آزمایش	۳۶/۳۰	۷۱/۹	۱۱

فرضیه اصلی: آموزش تئوری ذهن بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی اثربخش است.

در جدول ۳ آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن زیرمقیاس ها و شاخص علائم کلی اختلال شخصیت مرزی نشان داده شده است. طبق نتایج توزیع همه متغیرها نرمال بوده است.

جدول ۳- آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن

آزمون شاپیرو-ویلک			گروه	متغیر
معناداری	درجه آزادی	آماره		
۴۰/۰	۱۱	۹۳/۰	کنترل	علائم کلی اختلال شخصیت مرزی
۸۶/۰	۱۱	۷۹/۰	آزمایش	

در جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد علائم کلی اختلال شخصیت مرزی در دو گروه کنترل و آزمایش نشان داده شده است.

جدول ۴- میانگین و انحراف استاندارد علائم کلی اختلال شخصیت مرزی

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
کنترل	۹	۵۲/۳	۱۱
آزمایش	۳۶/۷	۰۸/۴	۱۱

در جدول ۵ نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس ها در متغیر علائم کلی اختلال شخصیت مرزی نشان داده شده است. طبق یافته ها معناداری آزمون بالاتر از ۰/۰۵ بوده و این پیش فرض تایید شد.

جدول ۵- آزمون لوین

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
۱۴/۲	۱	۲۰	۱۵۹/۰

در جدول ۶ نتایج آزمون آنکوا با کنترل نمرات پیش آزمون و مقایسه نمرات پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش نشان داده شده است. طبق نتایج کنترل نمرات بدرستی صورت گرفته و نتایج مقایسه دو گروه حاکی از اثربخشی مداخله بوده است. در واقع، ۳۷ درصد واریانس تفاوت دو گروه به علت مداخله بود. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تایید شد.

جدول ۶- آزمون آنکوا

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	Eta <sup>2</sup>	توان آماری
پیش آزمون	۷۳/۱۴۴	۱	۷۳/۱۴۴	۸۶/۱۸	۰۰۰۱/۰	۴۹/۰	۹۸/۰
گروه	۰۴/۱۲۰	۱	۰۴/۱۲۰	۵۶/۱۵	۰۲۵/۰	۳۷/۰	۷۲/۰
خطا	۸۱/۱۴۵	۱۹	۶۷/۷	—	—	—	—

آزمون فرضیه های فرعی:

در جدول ۷ میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس های اختلال شخصیت مرزی در دو گروه کنترل و آزمایش نشان داده شده است. طبق نتایج در کل نمرات گروه آزمایش کمتر بوده است.

جدول ۷- میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس های اختلال شخصیت مرزی در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
ناامیدی	کنترل	۹۰/۲	۸۶/۱
	آزمایش	۷۲/۱	۵۵/۱
تکانشگری	کنترل	۲۷/۴	۶۱/۱
	آزمایش	۰۹/۴	۳۴/۲
تجزیه/پارانویا	کنترل	۸۱/۱	۰۷/۱
	آزمایش	۵۴/۱	۲۹/۱



جهت بررسی فرضیه های فرعی از آزمون مانکوا استفاده شد. اما قبل از آزمون مانکوا باید پیش فرض برابری واریانس ها و کواریانس ها بررسی شود. در جدول ۸ آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن زیرمقیاس های اختلال شخصیت مرزی نشان داده شده است. طبق نتایج توزیع همه زیرمقیاس ها نرمال بوده است.

جدول ۸- آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن

متغیر	گروه	آزمون شاپیرو-ویلک		
		آماره	درجه آزادی	معناداری
نامیدی	کنترل	۹۴/۰	۱۱	۶۳/۰
	آزمایش	۸۶/۰	۱۱	۶۱/۰
تکانشگری	کنترل	۸۰/۰	۱۱	۱۲/۰
	آزمایش	۸۹/۰	۱۱	۱۸/۰
علائم تجزیه/پارانویا	کنترل	۸۴/۰	۱۱	۳۰/۰
	آزمایش	۸۷/۰	۱۱	۰۹/۰

در جدول ۹ آزمون ام باکس جهت بررسی برابری کواریانس ها نشان داده شده است. طبق نتایج پیش فرض برابری کواریانس ها رد نشده است.

جدول ۹-۴- آزمون ام باکس

ام باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
۵۳/۳	۴۹/۰	۶	۱۱/۲۸۹۸	۸۱۵/۰

در جدول ۱۰ نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس های متغیرهای وابسته ارائه شده است. طبق نتایج پیش فرض برابری واریانس ها برای متغیرهای وابسته نیز تایید شده است لذا می توان از آزمون مانکوا استفاده نمود.

جدول ۱۰- نتایج آزمون لوین

متغیر	F	Df1	Df2	Sig.
نامیدی	۰۷۵/۰	۱	۲۰	۷۸/۰
تکانشگری	۴۵۵/۳	۱	۲۰	۰۷۸/۰

تجزیه/پارانشیا	۱۲۶/۰	۱	۲۰	۷۲۷/۰
----------------	-------	---	----	-------

جهت مقایسه متغیرهای وابسته در دو گروه از آزمون مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱۱-۴ ارائه شده است. طبق نتایج بصورت کلی بین دو گروه در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد و اثربخشی درمان حدود ۴۹ درصد و توان آماری نیز حاکی از کفایت نسبی حجم نمونه بوده است.

جدول ۱۱-آزمون مانکوا

اثر	ارزش	F	معناداری	توان آماری	Eta2
گروه	اثر پیلایی	۴۹۳/۰	۸۷/۴	۰۱۵/۰	۴۹/۰
	ویلکز لامبدا	۵۰۷/۰	۸۷/۴	۰۱۵/۰	۴۹/۰
	اثر هاتلینگ	۹۷۴/۰	۸۷/۴	۰۱۵/۰	۴۹/۰
	ریشه روی	۹۷۴/۰	۸۷/۴	۰۱۵/۰	۴۹/۰

در جدول ۱۲ نتایج آزمون مانکوا به تفکیک برای زیرمقیاس ها ارائه شده است. طبق نتایج آموزش تئوری ذهن فقط در کاهش تکانشگری موثر بوده و میزان اثربخشی آن ۴۶ درصد بود. بنابراین فرضیه های فرعی اول و سوم رد؛ و فقط فرضیه فرعی دوم تایید شد.

جدول ۱۲-نتایج آزمون مانکوا

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig.	Eta2
ناامیدی	۴۵۲/۱	۱	۴۵۲/۱	۸۰۲/۰	۳۸/۰	۰۴۵/۰
تکانشگری	۹۰/۳۳	۱	۹۰/۳۳	۵۵/۱۴	۰۰۱/۰	۴۶/۰
تجزیه/پارانشیا	۰۲/۴	۱	۰۲/۴	۴۶/۳	۰۸/۰	۱۶۹/۰

## بحث و نتیجه گیری

جهت بررسی فرضیه فوق از آزمون آنکوا با کنترل نمرات پیش آزمون و مقایسه نمرات پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش استفاده شد. طبق نتایج کنترل نمرات بدرستی صورت گرفته و نتایج مقایسه دو گروه حاکی از اثربخشی مداخله بود. در واقع، ۳۷ درصد واریانس تفاوت دو گروه به علت مداخله بود. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تایید شد. در پژوهش حاضر جهت مقایسه متغیرهای وابسته در دو گروه و بررسی فرضیه های فرعی از آزمون مانکوا استفاده شد. طبق نتایج بصورت کلی بین دو گروه در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود داشت و اثربخشی درمان حدود ۴۹ درصد و توان آماری نیز حاکی از کفایت نسبی حجم نمونه بود. نتایج آزمون مانکوا به تفکیک برای زیرمقیاس ها نیز بررسی شد. طبق نتایج آموزش تئوری ذهن فقط در کاهش تکانشگری موثر بود و میزان اثربخشی آن ۴۶ درصد بود. بنابراین فرضیه های فرعی اول و سوم رد؛ و فقط فرضیه فرعی دوم تایید شد. اختلال شخصیت مرزی الگوی فراگیر بی ثباتی روابط میان فردی، خودانگاره، عواطف، تکانش گری محسوس که در اوایل بزرگسالی شروع می شود و درزمینه های مختلف وجود دارد به طوری که با پنج (تعداد بیشتری) از موارد زیرنمایان می شود: تلاش های شتاب زده برای اجتناب از رها شدن واقعی یا خیالی. الگوی روابط میان فردی بی ثبات و شدید که با نوسان کردن بین دو حد افراط آرمانی کردن و کوچک شمردن مشخص می شود. اختلال هویت: خودانگاره یا خودپنداره که به طور محسوس و دائمی بی ثبات است. تکانشگری در حداقل دو زمینه که به صورت بالقوه به خود صدمه می زند. رفتار، ژست ها، یا تهدیدهای خودکشی گرا یا رفتار جرح خویشتن مکرر. بی ثباتی عاطفی ناشی از واکنش پذیری محسوس خلق؛ احساسات پوچی مزمن؛ خشم نامناسب و شدید یا مشکل کنترل کردن خشم؛ و اندیشه پردازی پارانوید موقتی، مرتبط با استرس یا نشانه های تجزیه ای شدید. شیوع متوسط اختلال شخصیت مرزی در جمعیت ۶/۱ درصد برآورده شده است، ولی ممکن است به ۹/۵ درصد نیز برسد (راهنمای تشخیصی و آماری، ۲۰۱۳). بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی چون احساس وابستگی و خصومت<sup>۱</sup> را

<sup>۱</sup>hostile

همزمان دارند، روابط بین فردی شان آشفته و به هم ریخته است. ممکن است به کسی که احساس نزدیکی با او می کنند، وابسته شوند، و از طرف دیگر نسبت به دوستان صمیمی خود هم اگر احساس سرخوردگی پیدا کنند، خشمی بسیار زیاد ابراز می کنند. بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی نمی توانند تنهایی را تحمل کنند و برای تشفی خود حتی به نحوی دیوانه وار به جست و جوی ایجاد رابطه برمی آیند، ولو این که رابطه برای خودشان ارضاکننده نباشد. آن ها برای رفع تنهایی خود حتی اگر دیری هم نپاییده باشد، با غریبه ها دوست می شوند یا به بی بندوباری می افتند. آن ها اغلب از احساس مزمن پوچی و بی حوصلگی و فقدان احساس هویتی یکدست (ابهام در هویت) <sup>۱</sup> شاکی اند، و وقتی تحت فشار قرار می گیرند، از این شکایت می کنند که اکثر اوقات علی رغم ابزار شدید حالات عاطفی دیگر بسیار افسرده اند. اتوکنبرگ، سازوکاری دفاعی به نام همانندسازی فرافکنانه <sup>۱</sup> را وصف کرده است که بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی به کار می برند. در این سازوکار دفاعی بدوی، فردی جنبه های غیرقابل تحمل خود را به فردی دیگر فرافکنی <sup>۱</sup> می کند و به این ترتیب او را وادار به ایفای نقشی می کند که به او فرافکنی شده است، در نتیجه هر دو به شکلی واحد عمل می کنند.

آموزش تئوری ذهن با آموزش به فرد مبتلا در بررسی شناخت ها در مورد خود، دیگری و تعامل مابین شناخت اجتماعی آنها را ارتقا داده و از تکانشگری در قضاوت و عمل پیشگیری می کند. چنین تبیینی را می توان علت اثربخشی مداخله حاضر در کاهش تکانشگری دانست. این یافته با نتایج پلوتا، کسزا، گرز گرزوسکی، کوچراسکا (۲۰۱۸)؛ مونکانی، کایهول، بویی، گرز، اشمیت، و بیرمه <sup>۱</sup> (۲۰۱۸) و تایا و همکاران (۲۰۱۷)، خلیلی، فرقدانی، و شاطریان محمدی (۱۳۹۵) همسو می باشد. تئوری ذهن به مفهوم درک حالت های ذهنی و تعامل دو سویه است، نظریه ی ذهن به عنوان توانش فرد در اسناد حالت های ذهنی به

<sup>۱</sup> Identity diffusion

<sup>۲</sup> Projective identification

<sup>۳</sup> Project

<sup>۴</sup> A-H.Moncany, L.Caihol ,E. Bui, J. Grezes, L. Schmitt, P. Birmes

خود و دیگران و پیش بینی رفتارها بر مبنای حالت های ذهنی تعریف شده است (لزلی ۲۰۰۰). حالت های ذهنی در بر گیرنده ی دامنه ی وسیعی از قصه ها، امیدواری ها، ترس ها، انتظار ها، امیال، تصویرها و... می باشد. روابط اجتماعی موفق مستلزم داشتن مکانیسمی خاص جهت درک حالات درونی دیگران و پردازش حالات ذهنی آنها می باشد.

یافته های پژوهش حاضر با نظریه مدولار همسواست. برخی از دانشمندان مثل شال و لسلی<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) منطقه ی جداگانه ای برای نظریه ی ذهن در مغز در نظر می گیرند، مانند سایر توانایی های شناختی که هر یک مناطق اختصاصی در مغز دارند و دسته خاصی از اطلاعات در آن جا پردازش می شوند. به نظر می رسد که مکانیسم نظریه ی ذهن نیز تنها اطلاعات اجتماعی را پردازش می کند. براساس نظریه مدولار، رشد نظریه ی ذهن اساساً وابسته به رشد نورولوژیک ساختارهای مربوط به آن است. تجربه نیز به نوبه ی خود ماشه چکان عمل مکانیسم نظریه ی ذهن است اما در پدیده آیی اولیه آن دخالتی ندارد. در واقع در راستای این تئوری می توان اینگونه یافته های حاضر در مورد اثربخشی TOM را تبیین کرد که احتمالاً آموزش، همانند ماشه چکانی در تعاملات عمل کرده و لذا تکانشگری بیماران را کاهش داده است. براساس نظریه شبیه سازی<sup>۱</sup> نیز این یافته قابل تبیین است. این نظریه می گوید که نظریه ی ذهن، توانایی تصور کردن دیگران است (دیویس و استون، ۱۹۹۵). این نظریه ادعا می کند که درک حالات ذهنی دیگران بستگی زیادی به درون نگری دارد. مطالعات بین فرهنگی نیز نشان داده اند که این توانایی شناختی اصولاً بر اساس درون بینی است. مانند مدل نظریه - نظریه، فرضیه شبیه سازی بر اهمیت تجربه در شکل گیری مهارت نظریه ی ذهن تاکید دارد. در پروتکل درمانی حاضر آموزه های تجربی با استفاده از فیلم و ... گنجانده شد که در نهایت کاهش تکانشگری را رقم زد. علت اثربخشی را نیز می توان ارتقای توانایی تصور کردن دیگران و واکنش های آنها دانست.

---

<sup>۱</sup>Scholl & Leslie

<sup>۲</sup>Simulation theory

هاریس وجود سه شرط را برای ذهن خوانی دیگری لازم می داند: خودآگاهی، توانایی وانمودسازی، و توانایی تمییز واقعیت از وانمودسازی. برطبق نظر هاریس آگاه شدن فرد بر حالات ذهنی خود موجب می شود تا او از طریق مکانیسم وانمودسازی حالات ذهنی خود را بر دیگری فراقکنی کند. طبق این دیدگاه ارتقای این توانمندی ها نیز می تواند علت کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی باشد. محدودیت های پژوهش شامل امکان دسترسی به نمونه افراد دارای علائم اختلال شخصیت، ریزش نمونه پژوهش در فرایند مداخله. و عدم بررسی نمرات نمونه پژوهش در مراحل پیگیری به علت کمبود زمان بود.

منابع فارسی

-خلیلی، توران؛ آزاده، فرقدانی، و فاطمه، شاطریان محمدی (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ترکیبی تئوری ذهن و برنامه چهار عاملی همدلی بر خوداثرمندی هیجانی - اجتماعی و قلدری در دانش آموزان ابتدایی. رویش روانشناسی، ۲(۱۵): ۷۱-۹۰.

Baltes, P. B., & Schaie, K. W. (Eds.). (2013). Life-span developmental psychology: Personality and socialization. Elsevier.

Claridge GS, Broks P, Schizotypy and hemisphere function: I. Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. Personality and Individual Differences 1984; 5: 633-48.

Davis, M., Stone, T. (1995). Mental Simulations: Evaluations and Applications ۱۹۹۵.

Ewen, R. (2014). An introduction to theories of personality. Psychology Press.

Eysenck, H. J. (2013). Crime and Personality (Psychology Revivals). Routledge.

Leslie, A.M. (2000). "Theory of Mind" as a Mechanism of Selective Attention, In M.S. Gazzaniga (Ed.), the New Cognitive Neurosciences (Pp. 1235-۱۲۴۷). □□□□□□□□, □□: □□□ □□□□□.

Moncany AH, Cailhol L, Bui E, Grèzes J, Schmitt L, Birmes P. (2018). Theory of mind in Borderline Personality Disorder. 18th Congress of the European Psychiatric Association, Munich.

Sadock, & Sadock. (2013). Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry Behavioral Sciences clinical psychiatry. Tenth edition. Translated by: N. purafkari. (2014). Tehran. Shahrab Press. (Persian).

Scholl, B.J., Leslie, A.M. (1999). Modularity, Development, and "Theory of

Mind", *Mind and Language*, 14: 131-153.

Taya Sarah-Ann; Carol A. Hulberta, Henry J. Jacksona, Andrew M. Chanenb (2017). Affective and cognitive theory of mind abilities in youth with borderline personality disorder or major depressive disorder, *Psychiatry Research* 255; 405–411.

Vassa, Edit; Feketec Zita; Simond Viktória; Simon Lajos (2018). Interventions for the treatment of theory of mind deficits in schizophrenia: Systematic literature review *Psychiatry Research* 267, 37–47.

Wang Yan-yu & et al. (2018). Theory of mind impairment and its clinical correlates in patients with schizophrenia, major depressive disorder and bipolar disorder, *Schizophrenia Research* 197 (2018) 349–356.