



Comparison of the Effectiveness of Mentalization - based Treatment and Attachment-based Compassion Therapy on Self-Criticism and Emotion Regulation in Individuals with Symptoms of Borderline Personality Disorder

Yasaman Savari¹, Najmeh Hamid², Iran Davoudi³

1. Ph.D. Candidate in Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: yasaman.svr@gmail.com
2. Professr, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: n.hamid@scu.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran. E-mail: Davoud_i@scu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 29 September 2025
Received in revised form 21 July 2026
Accepted 11 August 2026
Published Online 23 September 2026

Keywords:
mentalization-based treatment,
attachment-based compassion
therapy,
self-criticism,
emotion regulation,
borderline personality disorder.

ABSTRACT

Background: Borderline personality disorder (BPD) is characterized by persistent difficulties in emotion regulation and interpersonal relationships. Although evidence supports the effectiveness of Mentalization-Based Treatment (MBT) and Attachment-Based Compassion Therapy (ABCT), a research gap remains regarding direct comparisons of these interventions on self-criticism and emotion regulation, particularly in the Iranian context.

Aims: The present study aimed to compare the effectiveness of MBT and ABCT on self-criticism and emotion regulation among individuals with symptoms of BPD.

Methods: A quasi-experimental design with pretest–posttest, control group, and one-month follow-up was employed. The statistical population consisted of all individuals with symptoms of BPD who referred to psychological centers in Ahvaz in 2024. Based on the inclusion and exclusion criteria, 45 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group (n = 15 per group). The first and second intervention groups received twelve 90-minute sessions of MBT (Bateman & Fonagy, 2016) and ABCT (García-Campayo et al., 2016), respectively. The control group received no intervention. Measures included the Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (Gilbert et al, 2004) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz & Roemer, 2004). Data were analyzed using repeated measures ANOVA in SPSS-26.

Results: Both MBT and ABCT significantly reduced self-criticism and improved emotion regulation ($P < 0.05$), with effects maintained at the one-month follow-up. Moreover, no significant differences were observed between the two interventions in terms of effectiveness.

Conclusion: MBT and ABCT effectively reduce emotional dysregulation and self-critical tendencies in individuals with borderline personality disorder. Implementing these interventions enables clinicians to achieve better treatment outcomes and improve the quality of life for these individuals.

Citation: Savari, Y., Hamid, N., & Davoudi, I. (2026). Comparison of the effectiveness of mentalization-based treatment and attachment-based compassion therapy on self-criticism and emotion regulation in individuals with symptoms of borderline personality disorder. *Journal of Psychological Science*, 25(163), 1-26. [10.66224/jps.25.163.14](https://doi.org/10.66224/jps.25.163.14)

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 163, 2026

© The Author(s). DOI: [10.66224/jps.25.163.14](https://doi.org/10.66224/jps.25.163.14)



✉ **Corresponding Author:** Najmeh Hamid, Professr, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
E-mail: n.hamid@scu.ac.ir, Tel: (+98)9161187586

Extended Abstract

Introduction

Borderline Personality Disorder (BPD) is one of the most severe and complex personality disorders, marked by enduring patterns of emotional instability, impulsivity, identity disturbance, and unstable interpersonal relationships (American Psychiatric Association, 2022; Leichsenring et al., 2024). Epidemiological studies estimate its prevalence between 0.7% and 2.7% in the general population, accounting for approximately 12% of outpatients and over 22% of inpatients in clinical settings (Winsper et al., 2020; Zimmerman & Becker, 2023). Individuals with BPD frequently struggle with chronic feelings of emptiness, fear of abandonment, and self-destructive tendencies, making it one of the most treatment-challenging disorders in psychiatry (Arntz et al., 2023; Hastrup, et al., 2019). High comorbidity with other psychiatric disorders and a significant risk of self-harm and suicide further emphasize the urgent need for effective psychotherapeutic interventions (Bohus et al., 2021).

Among the mechanisms underlying BPD, self-criticism and emotion dysregulation play crucial roles. Self-criticism reflects a pervasive tendency to judge oneself harshly and focus on perceived inadequacies, often accompanied by shame and self-hatred (Gilbert, 2014; Kim et al., 2022). Individuals with BPD demonstrate elevated levels of self-conscious negative emotions and internalized shame linked to early attachment trauma (Buchman-Wildbaum, et al., 2021; Koivisto et al., 2022). These insecure attachment patterns contribute to fragile self-representations, exacerbating emotional reactivity and maladaptive regulation (Donald et al., 2019). Emotion dysregulation marked by difficulties in identifying, modulating, and expressing emotions, leads to impulsivity and interpersonal instability (Fonseca-Baeza, et al., 2023; Kahya & Mongoldar, 2023).

Given the close relationship between attachment disruptions, self-criticism, and emotion dysregulation, interventions that directly target these processes are essential. Previous studies have provided evidence that psychotherapeutic

interventions focusing on attachment and reflective functioning can enhance emotion regulation and reduce maladaptive self-relating (Bateman & Fonagy, 2016; García-Campayo et al., 2016; Luyten et al., 2024). For example, Bateman and Fonagy (2016) demonstrated that Mentalization-Based Treatment (MBT) effectively improves emotional awareness and interpersonal functioning in individuals with BPD. Similarly, García-Campayo et al. (2016) reported that Attachment-Based Compassion Therapy (ABCT) significantly enhances self-compassion and emotional well-being in clinical populations. However, most of these studies have been conducted in Western settings, and little is known about their comparative effectiveness in other cultures, particularly within Iranian clinical populations. Therefore, this study aimed to compare the effectiveness of MBT and ABCT on self-criticism and emotion regulation in individuals with symptoms of BPD, contributing to culturally informed evidence-based practice.

Method

This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group and one-month follow-up. The statistical population included all individuals meeting criteria for BPD symptoms who referred to psychological counseling centers in Ahvaz, Iran, in 2024. Based on inclusion and exclusion criteria, 45 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 participants per group).

The inclusion criteria were: (1) meeting DSM-5 criteria for BPD using the Structured Clinical Interview for Personality Disorders (SCID-DSM5-; First et al., 2004); (2) a Borderline Personality Inventory score above 10; (3) aged 18-50 years; (4) minimum education level of a high school diploma; and (5) informed written consent. Exclusion criteria included comorbid psychotic disorders, substance use disorder, severe medical illness, or concurrent psychotherapy. The first experimental group received twelve 90-minute weekly sessions of MBT (Bateman & Fonagy, 2016), and the second experimental group received twelve 90-minute sessions of ABCT (García-Campayo et al., 2016). The control group did

not receive any intervention during the study period but was later offered counseling. Data were collected using the Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS; Gilbert et al., 2004) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004). Data analysis was performed using repeated-measures ANOVA in SPSS-26 to compare pretest, posttest, and follow-up scores.

Results

The mean and standard deviation of age in the mentalization based treatment group was (33.28 ± 3.73), in the attachment-based compassion group was (32.36 ± 3.57), and in the control group was (33.47 ± 4.15). The descriptive indices indicated that the mean scores of self-criticism in both intervention groups (MBT and ABCT) decreased from pretest to posttest and remained lower during the one-month follow-up period. Similarly, the mean scores of emotion-regulation difficulties (DERS) decreased after the interventions and remained stable over time, whereas the control group showed no meaningful change across the three measurement stages.

Before conducting the parametric analyses, the statistical assumptions of repeated-measures ANOVA were examined. The Shapiro–Wilk test

confirmed normal distribution of scores for all variables across the three phases ($p > .05$). Levene's test results indicated equality of error variances for both self-criticism and emotion regulation at each measurement time ($p > .05$). The Mauchly's test of sphericity was significant for both dependent variables (Self-Criticism: $W = 0.43$, $\chi^2 = 33.42$, $p < .001$; Emotion Regulation: $W = 0.41$, $\chi^2 = 35.76$, $p < .001$), showing that the assumption of sphericity had been violated. Therefore, Greenhouse–Geisser corrections were applied in the within-subject analyses. As presented in Table 1, the between-subjects effects showed significant group differences for both variables. Specifically, there was a significant main effect of group on self-criticism ($F = 12.47$, $p < .001$, $\eta^2 = .42$) and on emotion regulation ($F = 18.53$, $p < .001$, $\eta^2 = .48$), indicating that at least one treatment differed from the control condition. The within-subjects effects revealed significant changes across time for self-criticism ($F = 59.00$, $p < .001$, $\eta^2 = .58$) and emotion regulation ($F = 84.70$, $p < .001$, $\eta^2 = .67$). Furthermore, the time $\times$ group interactions were significant for both variables (Self-Criticism: $F = 8.80$, $p < .001$, $\eta^2 = .29$; Emotion Regulation: $F = 17.94$, $p < .001$, $\eta^2 = .46$), confirming that the pattern of change over time differed across groups.

Table 1. Results of between-subject and within-subject effects analysis on research variables

Variable	Effect Source	SS	df	MS	F	Sig.	η^2
Self-Criticism	Between Groups	1425.60	2	712.80	12.47	< .001	.42
	Error	2398.25	42	57.10	—	—	—
	Time ^a	275.60	1.32	208.69	59.00	< .001	.58
	Time $\times$ Group ^a	82.44	2.58	31.92	8.80	< .001	.29
Emotion Regulation	Between Groups	3672.14	2	1836.07	18.53	< .001	.48
	Error	4155.22	42	98.94	—	—	—
	Time ^a	12 905.05	1.11	11 584.41	84.70	< .001	.67
	Time $\times$ Group ^a	5465.98	2.22	2452.95	17.94	< .001	.46

According to the Bonferroni post-hoc comparisons in Table 2, reductions in self-criticism between pretest and posttest ($MD = -3.07$, $p < .001$) and between pretest and follow-up ($MD = -3.24$, $p < .001$) were

statistically significant, whereas the difference between posttest and follow-up was not ($p = .89$). A similar trend emerged for emotion regulation, which improved significantly from pretest to posttest ($MD =$

-19.48, $p < .001$) and from pretest to follow-up ($MD = -21.80$, $p < .001$), with no significant difference between posttest and follow-up ($p = .12$). Between-group comparisons also revealed that both MBT and ABCT differed significantly from the control group in lowering self-criticism ($MBT\text{--}Control = -3.04$, $p < .001$; $ABCT\text{--}Control = -2.53$, $p < .001$) and improving emotion regulation ($MBT\text{--}Control = -11.60$, $p < .001$; $ABCT\text{--}Control = -25.22$, $p < .001$). However, the difference between MBT and ABCT

was not statistically significant for either variable ($p > .05$), indicating comparable effectiveness. Overall, both Mentalization-Based Treatment and Attachment-Based Compassion Therapy effectively reduced self-critical tendencies and enhanced emotion-regulation capacities among individuals with borderline personality disorder symptoms, with improvements maintained after one month, whereas the control group showed no significant change.

Table2. Bonferroni Post-Hoc Pairwise Comparisons for Self-Criticism and Emotion Regulation

Variable	Comparison	Mean Difference (MD)	Sig.
Self-Criticism	Pre-test – Post-test	-3.07	< .001
	Pre-test – Follow-up	-3.24	< .001
	Post-test – Follow-up	-0.10	.89
	MBT – Control	-3.04	< .001
	ABCT – Control	-2.53	< .001
	MBT – ABCT	-0.51	.99
Emotion Regulation	Pre-test – Post-test	-19.48	< .001
	Pre-test – Follow-up	-21.80	< .001
	Post-test – Follow-up	-2.30	.12
	MBT – Control	-11.60	< .001
	ABCT – Control	-25.22	< .001
	MBT – ABCT	-1.05	.98

Conclusion

The aim of this study was to compare the effectiveness of Mentalization-Based Treatment and Attachment-Based Compassion Therapy on self-criticism and emotion regulation in individuals with symptoms of Borderline Personality Disorder. The findings of the present study indicate that MBT effectively reduced self-criticism, and this effect remained stable at the one-month follow-up. This result aligns with findings from Stinnett (2025), Hajek Gross, et al. (2024), and Jurist (2018), as well as empirical evidence supporting the inverse relationship between mentalizing capacity and self-criticism (Berry, 2019; Lof et al., 2018). Within the MBT framework, the restoration of reflective

functioning and the shift from non-mentalizing modes to a receptive observation of one’s own and others’ mental states weaken shame–blame cycles, transforming self-evaluation from a judgmental process to an exploratory one. This finding can be explained by the premise that mentalizing emotions requires both knowledge and a felt sense of self, enabling the reinterpretation and meaning-making of inner experience. Consequently, the greater an individual’s ability to mentalize emotional states, the deeper their self-understanding and the greater their capacity for self-acceptance. Indeed, both mentalization and self-acceptance share an evaluative quality; however, mentalization of emotions involves a process grounded in acceptance, being essentially nonjudgmental rather than critical in nature.

Moreover, the results indicated that MBT led to significant improvements in emotion regulation at both posttest and follow-up stages. This finding aligns with results reported by Mohajerin et al. (2025), Wolfs (2024), Hajek Gross et al. (2024), and Schwarzer, et al. (2021). The enhancement of emotional clarity and differentiation through the accurate labeling of one's own and others' mental states, coupled with the slowing down of reactive responses, reduces emotional overactivation and facilitates the use of adaptive regulation strategies (Sosic-Vasic, et al., 2021; Steinmair, et al., 2021). In essence, MBT strengthens an individual's capacity for a deeper, more conscious understanding of their internal experiences, enabling them to regulate emotional reactions and behaviors across diverse interpersonal situations. This process—characterized by increased awareness of emotions and thoughts—enhances the ability to manage emotional responses and personal needs, thereby supporting more constructive decision-making under stress (Mostafavi et al., 2024). The reflective and contemplative stance cultivated in MBT allows individuals to better predict, manage, and make sense of behaviors, resulting in less confusion and impulsivity when facing intense emotional states.

Furthermore, the findings revealed a significant decrease in self-criticism within the ABCT group. This result is consistent with findings reported by Lucre et al. (2024), Navarro-Gil et al. (2020), and Donald et al. (2019). This decrease can be attributed to the protective function of self-compassion against shame and self-criticism (Savari et al., 2021), while self-criticism—conceptualized as part of the threat system—is typically hyperactivated in individuals with Borderline Personality Disorder (Gilbert, 2014). Through the activation of the soothing and affiliative system, and the enhancement of secure attachment representations, ABCT aids in regulating this maladaptive cycle and fostering self-compassion. By engaging in compassion-based imagery and exercises that cultivate a supportive inner voice, participants

learn to recondition emotional responses, reduce inner hostility, and promote warmth and self-reassurance. Consequently, reactivating the soothing system and rebuilding attachment security modulate the self-critical inner tone, replacing it with a more caring, accepting internal dialogue.

Moreover, the findings indicated that the ABCT group showed a significant improvement in emotion regulation at both posttest and follow-up stages. This result is consistent with the findings of Campos, et al. (2019), Montero-Marin, et al. (2019), and Beltrán-Ruiz et al. (2023). The development of self-compassion and mindfulness, which are central components of ABCT, reduces emotional avoidance and suppression while enhancing receptive engagement with painful emotions. As a result, individuals gain greater access to adaptive regulatory strategies and impulse control. In other words, ABCT fosters self-regulation by directing attention toward internal resources of psychological health, integrative functioning, and nonjudgmental observation of inner states. Possessing the capacity for self-compassion is associated with more effective management of negative emotions and increased emotional resilience. From an attachment-based perspective, the experience of attachment security reinforces one's sense of agency and strengthens emotional self-regulation abilities. Accordingly, this intervention promotes healthier emotional and behavioral responses through the restructuring of cognitive, affective, and behavioral cycles (Demir et al., 2024). Accordingly, it can be concluded that both interventions can be considered valid clinical approaches for improving the psychological functioning of individuals with Borderline Personality Disorder. However, this study also possesses certain limitations. The small sample size and the reliance on self-report instruments may restrict the generalizability of the findings. Moreover, the relatively short follow-up period of one month limits the examination of the long-term stability of treatment effects. Additional limitations that should

be acknowledged include the implementation of interventions by the researcher, and the lack of comprehensive control over participants' medication use. Based on the present findings, several practical and research-oriented recommendations can be made. From a clinical perspective, the results underscore the importance of employing diverse therapeutic approaches when working with patients with BPD. Clinicians are encouraged to select and integrate either intervention MBT or ABCT, based on individual patient characteristics, to effectively reduce self-criticism and enhance emotion regulation. From a research perspective, it is recommended that future studies incorporate larger sample sizes and employ a wider range of assessment tools, such as behavioral observation or qualitative interviews, to minimize the biases associated with self-reported data. Furthermore, future research should consider longer follow-up periods, exceeding one month, to better evaluate the durability of treatment outcomes. To mitigate potential therapist bias, it is also suggested that subsequent studies adopt a double-blind design and control for pharmacological variables, to obtain more reliable and unbiased results.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the doctoral dissertation of the first author at the Faculty of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz. This study was approved by the Ethics Committee of Shahid Chamran University of Ahvaz (Approval code: IR.SCU.REC.1403.119). Written informed consent was obtained from all participants, and confidentiality was maintained throughout data collection and reporting. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Acknowledgments: We extend our sincere gratitude to all participants in this study and to the collaborating psychological centers in Ahvaz city.



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی-سازی و درمان شفقت مبتنی بر دل‌بستگی بر خودانتقادگری و تنظیم هیجان افراد دارای علایم اختلال شخصیت مرزی

یاسمن سواری^۱، نجمه حمید^۲، ایران داودی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران. رایانامه: yasaman.svr@gmail.com

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران. رایانامه: n.hamid@scu.ac.ir

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران. رایانامه: Davoud_i@scu.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۰۷

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۳۰

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۰

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر ذهنی سازی،

درمان شفقت مبتنی بر دل‌بستگی،

خودانتقادگری،

تنظیم هیجان،

اختلال شخصیت مرزی.

زمینه: اختلال شخصیت مرزی با مشکلات پایدار در تنظیم هیجان و روابط بین فردی همراه است. باوجود شواهد امیدوارکننده درباره اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان شفقت مبتنی بر دل‌بستگی، خلأ پژوهشی در مقایسه مستقیم این مداخلات بر خودانتقادگری و تنظیم هیجان، به‌ویژه در ایران، همچنان مشهود است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان شفقت مبتنی بر دل‌بستگی بر خودانتقادگری و تنظیم هیجان افراد دارای علایم اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد دارای علائم اختلال شخصیت مرزی بود که به مراکز روان‌شناختی اهواز در سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند. بر اساس معیارهای ورود و خروج، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. گروه آزمایشی اول و دوم به ترتیب در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر ذهنی سازی (بیتن و فوناگی، ۲۰۱۶) و درمان شفقت مبتنی بر دل‌بستگی (گارسیا - کامپایو و همکاران، ۲۰۱۶) قرار گرفتند. گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس آشکال خودانتقادگری و خوداطمینان بخشی (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (گرتز و روئمر، ۲۰۰۴) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS 26 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو مداخله درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان شفقت مبتنی بر دل‌بستگی به‌طور معناداری موجب کاهش خودانتقادگری و بهبود تنظیم هیجان شدند ($P < .05$) و این اثرات در پیگیری یک‌ماهه نیز پایدار ماند. همچنین، تفاوت معناداری میان اثربخشی دو مداخله مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان شفقت مبتنی بر دل‌بستگی به‌عنوان مداخلات کارآمد برای کاهش بدتنظیمی هیجانی و گرایش‌های خودانتقادگرانه در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی هستند. اجرای این مداخلات توسط بالین‌گران به بهبود پیامدهای درمانی و افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی می‌انجامد.

استناد: سواری، یاسمن؛ حمید، نجمه؛ و داودی، ایران (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی-سازی و درمان شفقت مبتنی بر دل‌بستگی بر خودانتقادگری و تنظیم هیجان افراد دارای علایم اختلال شخصیت مرزی. *مجله علوم روانشناختی*، دوره ۲۵، شماره ۱۶۳، ۱-۲۶.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۶۳، ۱۴۰۵. DOI: 10.66224/jps.25.163.14



© نویسنده گان.

✉ نویسنده مسئول: نجمه حمید، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران. رایانامه: n.hamid@scu.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۶۱۱۸۷۵۸۶

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی^۱، یکی از اختلالات شدید و ناتوان کننده شخصیت است که با الگوی پایدار بی ثباتی هیجانی، آشفتگی هویت، روابط بین فردی آشفته، تکانشگری و احساس پوچی مزمن مشخص می شود (لیخسنرینگ و همکاران، ۲۰۲۴؛ انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۲۲). شیوع این اختلال در جمعیت عمومی بین ۰/۷ تا ۲/۷ درصد گزارش شده و در محیط های بالینی حدود ۱۲ درصد از بیماران سرپایی و بیش از ۲۲ درصد از بیماران بستری معیارهای شخصیت مرزی را احراز می کنند (وینسپر و همکاران، ۲۰۲۰؛ زیمرمن و بکر، ۲۰۲۳). از طرفی، اختلال شخصیت مرزی با خطر بالای خودآسیب رسانی و اقدام به خودکشی همراه است و همین امر آن را به یکی از پرریسک ترین اختلالات در روان پزشکی بدل می سازد (بوهاس و همکاران، ۲۰۲۱). همبودی گسترده با سایر اختلالات روان پزشکی و کاهش کیفیت زندگی نیز از پیامدهای بارز این اختلال هستند (هوستروپ و همکاران، ۲۰۱۹). این عوامل باعث می شوند که درمان اختلال شخصیت مرزی برای بیماران و درمانگران به شدت چالش برانگیز باشد؛ زیرا دشواری در پایبندی به درمان و قطع ناگهانی جلسات از ویژگی های شایع این بیماران است (استفانو و همکاران، ۲۰۲۲، آرتز و همکاران، ۲۰۲۳). با این حال، همچنان مداخلات روان درمانی، درمان اولیه انتخابی برای این اختلال در نظر گرفته شده اند (هستیک و همکاران، ۲۰۲۲).

در میان عوامل کلیدی مرتبط با اختلال شخصیت مرزی، خودانتقادگری^۳ و بدتنظیمی هیجان^۴ نقش محوری دارند. خودانتقادگری به گرایش پایدار فرد به سرزنش خود و تمرکز بر کاستی ها اشاره دارد که با هیجاناتی چون شرم و احساس گناه همراه است (کیم و همکاران، ۲۰۲۲؛ هالامووا و همکاران، ۲۰۲۱). شواهد پژوهشی نشان دهنده آن است که سطوح بالاتری از هیجانات خودآگاه منفی در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی وجود دارد و این افراد مستعد شرم و نفرت از خود هستند که با تجربه های آسیب زای اولیه زندگی مرتبط است (باخمن - وایلدبام و همکاران، ۲۰۲۱؛ کویوستو، ملارتین و لیندمن، ۲۰۲۲). این تجربه های آسیب زای روابط دلبستگی ناایمن، با تشدید خودانتقادگری و تضعیف خودپنداره در این بیماران ارتباط دارد (مارچتی و همکاران، ۲۰۲۲) که می تواند خطر

رفتارهای خودآسیب رسان و مشکلات تنظیم هیجان را در بیماران مرزی افزایش دهد (دونالد و همکاران، ۲۰۱۹؛ کات و همکاران، ۲۰۲۳). افرادی که به خود آسیب می زنند، این روش تنظیم هیجان را به دلیل انتقاد شدید از خود یا معیوب و مستحق مجازات دانستن خودشان انتخاب کنند و مشکل در احساس امنیت دارند (گیلبرت، ۲۰۱۴؛ گونارسون، ۲۰۲۱). مطالعات گویای آن است که رابطه نزدیکی بین خودانتقادگری و انگیزه های خودویرانگر و احساس نفرت از خود در موقعیت های بین فردی در بیماران مرزی دیده می شود (ونستیلند و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین پژوهش ها نشان می دهد بین ظرفیت ذهنی سازی و خودانتقادگری رابطه ای معکوس وجود دارد (بری، ۲۰۱۹؛ لوف، ۲۰۱۸)؛ بنابراین، هدف قرار دادن خودانتقادگری اهمیت بسزایی دارد، چرا که انتقاد نواحی مغز درگیر در تنظیم هیجانات را نیز تحت تاثیر قرار می دهد.

از سوی دیگر، بدتنظیمی هیجان یکی از ویژگی های محوری اختلال شخصیت مرزی محسوب می شود (کاهیا و مونگولدار، ۲۰۲۳). بیماران مرزی غالباً در شناسایی، تعدیل و مدیریت هیجان ها ناتوان اند و همین امر موجب بروز واکنش های افراطی، تکانشگری و ناپایداری روابط می شود (فونسکا - بائرا و همکاران، ۲۰۲۳). یافته های اخیر نشان می دهند که ضعف در تنظیم هیجان نه تنها علائم بالینی را تشدید می کند، بلکه نقش مهمی در بروز رفتارهای خودآسیب رسان و افکار خودکشی دارد (ودرفورد و همکاران، ۲۰۲۴). افراد مرزی به دلیل نداشتن مهارت های درون فردی تنظیم هیجان، نوسانات هیجانی مکرری را تجربه می کنند، رفتارهای نمایشی از خود نشان می دهند و ممکن است قضاوت های ناگهانی داشته باشند (فرجی و تزجان، ۲۰۲۳). این افراد در مقایسه با افراد سالم، سطوح پایین تری از مهارت های تنظیم هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود دارند (سالگو و همکاران، ۲۰۲۱)؛ بنابراین، تمرکز بر تقویت توانایی های تنظیم هیجان در مداخلات درمانی شخصیت مرزی ضروری است. رویکردهای نظری نوین، روابط دلبستگی مختل را برای تبیین اختلال مرزی و مرتبط با تنظیم هیجان در آن معرفی می کنند. در این میان، درمان مبتنی بر ذهنی سازی^۵ جایگاهی ویژه دارد. این رویکرد بر اساس نظریه دلبستگی و روان پویایی تکامل یافته و در ابتدا به طور اختصاصی برای شخصیت مرزی طراحی شد (بیتمن و

4. Emotion dysregulation

5. Mentalization-based treatment

1. Borderline Personality Disorder (BPD)

2. American Psychiatric Association

3. self-criticism

فوناگی، ۲۰۱۶؛ ولفس، ۲۰۲۴). ذهنی سازی یک توانایی انسانی برای درک اعمال و رفتار خود و دیگران برحسب حالات ذهنی هدفمند مانند احساسات، آرزوها، اهداف و خواسته‌ها است (لویتن و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات حاکی از آن است که ظرفیت ذهنی سازی و تنظیم هیجان ارتباط تنگانی با هم دارند (شووارزر و همکاران، ۲۰۲۱؛ هایک گراس و همکاران، ۲۰۲۴). این درمان با تمرکز بر ارتقای ظرفیت ذهنی سازی به بیماران کمک می کند تا حالات ذهنی خود و دیگران را بهتر درک کنند و هیجان های خود را مؤثرتر مدیریت نمایند (سوسیک - واسیک و همکاران، ۲۰۲۱؛ استاین مایر و همکاران، ۲۰۲۱). شواهد پژوهشی اثربخشی این درمان را در کاهش رفتارهای پرخطر، بهبود کارکرد هیجانی و ارتقای روابط بین فردی بیماران مرزی نشان داده اند (فوناگی و همکاران، ۲۰۱۵؛ مهاجرین و همکاران، ۲۰۲۵؛ مصطفوی و رحیم لویی اقدم، ۲۰۲۴). در مطالعه استینت (۲۰۲۵) نیز مشخص شد افرادی که توانایی بیشتری در ذهنی سازی هیجان ها داشتند، از سطح بالاتری از درک و پذیرش خود برخوردار بودند و در مقابل، میزان کمتری از خودانتقادگری و قضاوت منفی نسبت به خود را نشان دادند.

در مقابل، رویکردهای درمانی که بر افزایش شفقت برای خود و دیگران تمرکز می کنند نیز می تواند در کمک به بیماران با اختلال شخصیت مرزی بسیار موثر باشد (بیرمن، ۲۰۲۳؛ لوکر، ۲۰۲۲؛ لوکر و همکاران، ۲۰۲۴). درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی^۱ گرچه به طور اختصاصی برای شخصیت مرزی طراحی نشده، اما به عنوان یک رویکرد نوین هیجان محور در کاهش خودانتقادگری و تقویت خودتنظیمی هیجانی کاربرد دارد (ناواروگیل و همکاران، ۲۰۲۰). این درمان به عنوان مدلی برای بازسازی و اصلاح سبک های دلبستگی و برخی کارکردها مانند فراهم نمودن احساس امنیت، تنظیم خلق و برانگیختگی، ارتقاء تظاهرات هیجانی، پایگاه امن برای اکتشاف، برای فعال کردن یک فرآیند رشد عاطفی طراحی شده است (موزیک، ۲۰۱۸). در واقع، این رویکرد روان درمانی که عمدتاً بر کاهش واکنش پذیری هیجانی نسبت به هیجانات دشوار تمرکز دارد (استاینز و همکاران، ۲۰۲۲)، با به کارگیری مهارت های ذهن آگاهی و تصویرسازی، استعاره ها و پرداختن به جنبه های ناسازگار سبک های دلبستگی رشد یافته با والدین، فرصت رشد شفقت و پذیرش خود را فراهم کرده و زمینه توسعه

1. Attachment-based compassion therapy (ABCT)

قابلیت های رفتاری برای خودکنترلی را ایجاد می کند (دمیر و همکاران، ۲۰۲۴). افزایش شفقت به خود همچون یک عامل حفاظتی در برابر پیامدهای روابط دلبستگی آسیب زا مانند خودانتقادگری عمل می کند (سواری و همکاران، ۲۰۲۱؛ پل و همکاران، ۲۰۲۳). در مداخله ی شفقت مبتنی بر دلبستگی هدف آن است که الگوی دلبستگی ایمن پرورش یابد، چرا که چنین الگویی موجب کاهش انتقادگری و خشم نسبت به خود و دیگران و افزایش شفقت می شود (گارسیا - کامپایو و همکاران، ۲۰۲۴). در این رویکرد، با تنظیم فرآیندهای توجه و هیجان از طریق ایجاد یک شکل دلبستگی ایمن تر، تمایلات خودانتقادگرایانه با نگرش های مشفقانه جایگزین می شود (ناواروگیل و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، مطالعات کمپوس و همکاران (۲۰۱۹) و مونتر - مارین و همکاران (۲۰۱۹)، نشان دادند که درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی در بیماران با افزایش توانایی تنظیم هیجان همراه است.

با توجه به موارد پیش گفته و با در نظر گرفتن شیوع بالای خودانتقادگری و بدتنظیمی هیجان و پیامدهای آن در بیماران مرزی، به کارگیری مداخلاتی که بر پذیرش هیجان های دشوار، تقویت مهارت های تنظیم هیجان و پرورش شفقت نسبت به خود و دیگران تأکید دارند، رویکردی سودمند است. انتخاب دو رویکرد درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی بر مبنای سازگاری مستقیم آنها با متغیرهای هسته ای مطالعه است، درمان مبتنی بر ذهنی سازی که به طور اختصاصی برای اختلال شخصیت مرزی توسعه یافته، با بازگرداندن ظرفیت ذهنی سازی در بستر دلبستگی، واکنش پذیری هیجانی را کاهش داده و تنظیم هیجان را بهبود می بخشد؛ در مقابل، درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی با فعال سازی سیستم های تنظیم هیجانی مرتبط با شفقت و ایمن سازی الگوهای دلبستگی، به طور مستقیم شرم و خودانتقادگری را تعدیل کرده و زمینه ی خودتنظیمی هیجانی را تقویت می کند؛ بنابراین، هر دو درمان بر کانون های پژوهش حاضر، خودانتقادگری و تنظیم هیجان، اثر می گذارند اما با مکانیسم های متفاوت؛ بدین ترتیب مقایسه ی مستقیم آنها برای سنجش بالینی در بافت ایرانی توجیه پذیر است. علاوه بر این، مرور مطالعات پیشین نشان داد که تا به حال هیچ پژوهشی به طور مستقیم اثربخشی درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی و درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر خودانتقادگری و تنظیم هیجان بیماران با علایم

اختلال شخصیت مرزی را مورد بررسی قرار نداده است. از این رو، پژوهش حاضر در وهله‌ی نخست اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی نسبت به گواه را بر خودانتقادگری و تنظیم هیجان می‌سنجد و در وهله‌ی دوم، تفاوت بین دو درمان را به‌صورت مقایسه‌ی مستقیم بررسی می‌کند.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری و گروه گواه بود. در این پژوهش، از میان تمامی مراجعان به کلینیک‌ها و مراکز روان‌شناختی شهر اهواز در سال ۱۴۰۳، تعداد ۴۵ نفر به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند و براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته SCID 5 - DSM 5 و ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند: گروه آزمایش اول (دریافت‌کننده درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)، گروه آزمایش دوم (دریافت‌کننده درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی) و گروه گواه (بدون مداخله). هدف از انتخاب این تعداد نمونه، رعایت الزامات روش‌شناختی در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی بود. مطابق نظر متخصصان روش تحقیق، در طرح‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی، حجم نمونه‌ی مناسب حداقل ۱۵ نفر در هر گروه در نظر گرفته می‌شود تا توان آماری مطالعه برای تحلیل تفاوت‌های بین گروهی حفظ شود (دلاور، ۱۴۰۱)؛ بنابراین، با توجه به سه گروه مورد مطالعه (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه)، مجموع حجم نمونه ۴۵ نفر انتخاب شد که از نظر آماری و روش‌شناختی کفایت لازم را دارد. شایان ذکر است که انتخاب نمونه از میان همه کلینیک‌ها انجام نشده، بلکه از مراکزی که با پژوهش همکاری داشتند و دارای شرایط اجرای مداخله و ارزیابی بالینی استاندارد بودند صورت گرفته است.

ملاک‌های ورود شامل موارد زیر بود: داشتن علائم اختلال شخصیت مرزی بر اساس مصاحبه بالینی ساختارمند SCID - DSM5، کسب نمره بالاتر از نقطه برش ۱۰ پرسشنامه شخصیت مرزی (BPI)، سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، داشتن مدرک تحصیلی حداقل دیپلم، و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: ابتلا به سایر

اختلالات روان‌پزشکی شدید (مانند اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی نوع I یا اختلال مصرف مواد فعال) براساس SCID - DSM 5 و تأیید روان‌شناس بالینی، ابتلا به بیماری جسمی جدی که در روند درمان اختلال ایجاد کند، غیبت بیش از دو جلسه درمانی، عدم تمایل یا انصراف در هر مرحله از پژوهش، مصرف داروهای روان‌پزشکی دیگر یا تغییر دارودرمانی در طول مداخله و دریافت همزمان خدمات مشاوره‌ای یا روان‌شناختی دیگر.

ب) ابزار

مصاحبه بالینی ساختارمند مبتنی بر DSM برای اختلالات روان‌پزشکی (SCID - DSM5):^۱ این مصاحبه تشخیصی که توسط فرست و همکاران (۲۰۰۴) جهت سنجش اختلالات روان‌پزشکی مختلف و تشخیص‌هایی برای اختلالات شخصیت طراحی شده است، در دو نسخه بالینی و پژوهشی کاربرد دارد که در پژوهش حاضر از نسخه بالین‌گر استفاده شد. این نسخه، اختلالاتی که در کلینیک‌ها شایع‌تر هستند را پوشش می‌دهد و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است و با یک مصاحبه باز درباره‌ی بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌گردد، در این نسخه هر کدام از ماده‌ها به سه صورت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، - (عدم وجود نشانه) و + (وجود نشانه) علامت‌گذاری می‌گردند و این نسخه قابلیت اجرا طی یک جلسه و به مدت زمان ۴۵ الی ۹۰ دقیقه را دارد. ضریب کاپای بالای ۶۰ در جامعه ایرانی برای تشخیص‌های کلی گزارش شده است که نشان از قابل قبول بودن پایایی این ابزار دارد (شریفی و همکاران، ۲۰۰۴). علاوه بر این، توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب است. در پژوهش حاضر از این مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای غربالگری اولیه و ارزیابی اختلالاتی که جزو ملاک‌های خروج پژوهش است، استفاده شد.

پرسشنامه شخصیت مرزی (BPI):^۲ این پرسشنامه ۵۳ گویه‌ای توسط لیخسنرینگ در سال (۱۹۹۹) براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV و با هدف سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده است. سؤالات این پرسشنامه با استفاده از گزینه‌های بله و خیر نمره‌گذاری می‌شوند که پاسخ بله نمره یک و پاسخ خیر نمره صفر می‌گیرد. پس از به دست آوردن نمره هر عبارت، زیرمقیاس‌های زیر نمره‌گذاری شود: سردرگمی هویت (۱، ۸، ۱۵، ۲۶، ۲۷، ۳۳، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۴۲،

2. Borderline Personality Inventory (BPI)

1. Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID - DSM5)

۴۶)، مکانیزم‌های دفاعی اولیه (۹، ۱۰، ۱۶، ۲۹، ۳۹، ۴۰، ۴۸)، واقعیت آزمایی آسیب دیده (۷، ۱۲، ۱۳، ۲۱، ۴۱) و ترس از صمیمیت (۵، ۱۴، ۱۹، ۲۰، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۵۰). دو سوال آخر این پرسشنامه در هیچ کدام از طبقات عاملی این پرسشنامه قرار نمی‌گیرند و نمره آن‌ها در نمره نهایی فرد نیز محاسبه نمی‌شود و به همین دلیل در نسخه ایرانی حذف شده است. در این پرسشنامه علاوه بر چهار زیر مقیاس، یک عامل ۲۰ سوالی نیز وجود دارد که از آن برای به دست آوردن نمره برش استفاده می‌شود. ۲۰ سوال نمره برش شامل این موارد هستند: ۵۰ و ۴۹ و ۴۷ و ۴۶ و ۴۳ و ۴۰ و ۳۶ و ۸ و ۲۷ و ۲۵ و ۲۰ و ۱۹ و ۱۵ و ۱۴ و ۱۰ و ۹ و ۸ و ۵ و ۴ و ۳. در این پرسشنامه، ۲۰ گویه‌ی غربال بیشترین ارزش را برای تعیین وضعیت شخصیتی دارند. چنانچه نمره‌ی فرد در این ۲۰ گویه بیش از ۱۰ باشد، احتمال وجود ویژگی‌های شخصیت مرزی بالاست؛ و اگر مجموع نمرات ۱۰ یا کمتر باشد، احتمال آن کم است (لیخسنرینگ، ۱۹۹۹). شواهد روان‌سنجی مطالعه‌ی اصلی نشان می‌دهد آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها برای سردرگمی هویت = ۰/۶۳، مکانیزم‌های دفاعی اولیه = ۰/۷۴، واقعیت‌آزمایی آسیب‌دیده = ۰/۶۶ و ترس از صمیمیت = ۰/۶۲ بوده و آلفای کل مقیاس = ۰/۸۰ گزارش شده است (لیخسنرینگ، ۱۹۹۹). در نسخه ایرانی روایی همزمان با ضریب ۰/۷۴ و همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها با کل مقیاس و یکدیگر ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ بدست آمده است و اعتبار باز آزمایی، دو نیمه سازی و همسانی درونی ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ گزارش شده است که مطلوب بنظر می‌رسد (محمدزاده و رضایی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر میزان پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ نیز ۰/۸۷ محاسبه شد.

مقیاس اشکال خودانتقادگری و خوداطمینان بخشی (FSCRS): این مقیاس توسط گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده و شامل ۲۲ گویه و سه خرده‌مقیاس است؛ دو خرده‌مقیاس مربوط به ابعاد مختلف خودانتقادگری، یعنی خودنابسنده‌گی (۱، ۲، ۴، ۶، ۷، ۱۴، ۱۷، ۱۸ و ۲۰) و تنفر از خود (۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵ و ۲۲)، و یک خرده‌مقیاس مربوط به خوداطمینان بخشی (۳، ۵، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۹ و ۲۱). نمره هر خرده‌مقیاس از طریق جمع کردن امتیاز گویه‌های آن به دست می‌آید؛ از این رو، حداقل و حداکثر نمرات به ترتیب برای خودنابسنده‌گی ۰ تا ۴۵، برای تنفر از خود

۰ تا ۲۰ و برای خوداطمینان بخشی ۰ تا ۴۰ است. سؤالات بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (اصلاً شبیه من نیست) تا ۴ (بسیار شبیه من است) پاسخ داده می‌شوند. نمرات بالاتر در این خرده مقیاس‌ها به ترتیب سطوح بالاتری از خودانتقادگری و خوداطمینان بخشی را نشان می‌دهد. در مطالعه اصلی سازندگان مقیاس (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴) و بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی، سه عامل استخراج شد. پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خودنابسنده‌گی ۰/۹۰ و برای تنفر از خود و خوداطمینان بخشی ۰/۸۶ گزارش گردید (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴). در مطالعه سواری (۲۰۲۱)، پایایی خرده مقیاس خودنابسنده‌گی ۰/۸۶، پایایی خرده مقیاس تنفر از خود ۰/۸۹، پایایی خرده مقیاس خوداطمینان بخشی ۰/۹۰، گزارش شد که گویای پایایی خوب این ابزار است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ حاصل شد.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS): مقیاس دشواری در تنظیم هیجان که توسط گرتز و روئمر (۲۰۰۴) ساخته شد یک ابزار سنجش ۳۶ آیتمی است که برای ارزیابی سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد تدوین شد. گستره پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرد و به اندازه‌گیری شش مولفه زیر می‌پردازد: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹)، فقدان آگاهی هیجانی (۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴)، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند (۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳)، دشواری کنترل تکانه (۳، ۱۴، ۳۳، ۱۹، ۲۴، ۲۷)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶) و فقدان شفافیت هیجانی (۱، ۴، ۵، ۷، ۹). سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره گذاری معکوس می‌باشند. مقیاس دارای یک نمره کلی از جمع نمرات کلیه سؤالات و همچنین ۶ نمره مربوط به زیرمقیاس‌ها است. نمره بیشتر در هر یک از زیر مقیاس‌ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. از مجموع نمره شش زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. گرتز و روئمر (۲۰۰۴) در پژوهش خود اعتبار مقیاس دشواری تنظیم هیجان را از طریق ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ به دست آوردند. در نسخه فارسی براساس پژوهش کرمانی مامازندی و طالع پسند (۱۳۹۷) نتایج

2. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

1. The forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale (FSCRS)

حاصل از بررسی اعتبار این مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۳ تا ۰/۷۵، نشان از اعتبار قابل قبول این مقیاس داشت. همچنین در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده که ۰/۷۰ به دست آمده است.

ج) روش اجرا

ابتدا فراخوانی در مراکز روان‌شناختی و کلینیک‌های شهر اهواز جهت همکاری منتشر شد. پس از بررسی ملاک‌های ورود و انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته، مجوز اخلاقی پژوهش از دانشگاه اخذ و رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان دریافت شد. همچنین درباره محرمانگی اطلاعات و رعایت اصول رازداری به آنان توضیح داده شد. در مرحله پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. سپس گروه‌های آزمایش مداخلات مربوط به خود را دریافت کردند، در حالی که گروه

گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام مداخلات، ابزارها مجدداً اجرا شدند (پس‌آزمون) و یک ماه بعد مرحله پیگیری انجام گرفت. در تحلیل داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی، پس از بررسی پیش‌فرض‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت. **مداخله‌های درمانی:** درمان مبتنی بر ذهنی سازی: این درمان توسط بیتمن و فوناگی (۲۰۱۶) برای افرادی که از اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند، تدوین شد. این رویکرد درمانی شامل عناصری از نظریه دلبستگی، نظریه تکامل، روانشناسی رشد، زیست‌شناسی عصبی، روانکاوی، آسیب‌شناسی شخصیت و پویایی گروه است که در قالب ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بطور هفتگی انجام شد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی (بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۶)

جلسه	محتوای جلسات	اهداف	تکالیف جلسه
اول و دوم	خوشامدگویی، معرفی چارچوب درمان و موضع ندانستن، تعریف ذهنی سازی و ابعاد آن، اهمیت ذهنی سازی، تمایز آن با مفاهیم مشابه، بحث گروهی درباره‌ی «اختلال در ذهنی سازی یعنی چه؟» و مشکلات آن، شفاف‌سازی درمانگر و ارائه بازخورد	مفهوم سازی ذهنی سازی و ابعاد آن در زندگی روزمره؛ ایجاد اتحاد درمانی و قواعد جلسات	گفت‌وگوی کنجکاوانه با یک عضو خانواده و با اتخاذ موضع ندانستن سوال پرسیدن درباره حالت ذهنی آن فرد رصد و یادداشت لحظه‌های ازدست‌دادن ذهنی سازی در موقعیت‌های مختلف
سوم و چهارم	مرور جلسات قبل، هیجانات اصلی و کارکرد آنها (هیجانات اولیه و ثانویه)، بدتنظیمی و تفاوت‌های فردی در شدت هیجانات، آگاهی هیجانی با تکالیف و بحث گروهی، خود ناظر، چگونگی مدیریت و کنترل هیجانات همراه با شفاف سازی تفسیرها بوسیله رهبر گروه، فعالیت گروهی و ارائه بازخورد	افزایش آگاهی و نام‌گذاری هیجان‌ها؛ تنظیم سطح برانگیختگی؛ پیشگیری از لغزش به حالت‌های غیرذهنی سازی	شناسایی هیجان‌های برجسته‌ی هفته‌ی گذشته و چرخه‌ی رویداد - هیجان. ثبت یک مورد تنظیم هیجان موفق
پنجم و ششم	مرور جلسه قبلی، بررسی تکالیف، اهمیت روابط دلبستگی (با درمانگر/اعضا/دیگران)، راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی، پیوند ذهنی سازی و دلبستگی، توجه به تعارض‌های دلبستگی	افزایش دیدگاه‌پذیری در بافت دلبستگی؛ شناسایی محرک‌های دلبستگی و تأثیر آنها بر هیجان و رفتار	یادداشت ویژگی‌های معمول خود در روابط دلبستگی یادداشت موضوع دشوار گفت‌وگو در یک رابطه‌ی نزدیک
هفتم و هشتم	مرور جلسه قبل، اختلال شخصیت چیست؟ اختلال شخصیت مرزی چیست؟ رویکرد روانی آموزشی به اختلال شخصیت مرزی، ویژگی‌های ناسازگار، حالت‌های غیرذهنی ساز (برابری روانی/وانمودسازی/غایت‌انگاری)، بحث و شفاف‌سازی رهبر گروه، فعالیت و بحث گروهی	تشخیص زودهنگام خروج از ذهنی سازی؛ اتصال نشانگان BPD به شکست‌های ذهنی سازی	رصد ویژگی‌های شخصیتی مشکل ساز در هفته پایش ویژگی‌های مشکل ساز و سبک تبیین رویدادها (بازبینی سبک اسنادی)
نهم و دهم	مرور جلسه قبلی، بررسی تکالیف، کار روی افسردگی (تفکر افسرده ساز)، اضطراب (تمرکز بر حالات هیجانی در ارتباط با اختلالات اضطرابی و رابطه با دیگری) و ترس‌های افراد، بحث گروهی، تأیید همدلانه مباحث توسط رهبر گروه، بررسی مشکلات و در صورت نیاز به چالش کشیدن آنها	به‌کارگیری ذهنی سازی در نشانه‌های خلقی/اضطرابی؛ تقویت حلقه‌ی تأمل به‌جای تکران	پایش ورود خود به جمع‌های ناآشنا/پایش افکار افسرده‌ساز و ایجاد شک سازنده نزدیک‌شدن به دیگری هنگام اضطراب (ارزیابی کارایی و علت اضطراب)
یازدهم و دوازدهم	مرور جلسات قبلی، بررسی تکالیف، شناسایی عاطفی و تمرکز هیجانی روی مباحث ارائه شده و احساسات مرتبط با خاتمه درمان، جمع‌بندی و آماده سازی برای پایان درمان	یکپارچه‌سازی مهارت‌ها؛ منابع حمایتی مرتبط با خاتمه درمان	مهارت‌های بازگشت به ذهنی سازی و زمان‌بندی تمرین‌ها

مداخله درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی: این درمان که توسط گارسیا - کامپایو و همکارانش (۲۰۱۶) طراحی و معرفی شد، یک مدل مبتنی بر روانشناسی تکاملی است که بر علوم اعصاب، نظریه دلبستگی و روانشناسی رشد و اجتماعی متکی است. مفاهیم این مدل درمانی برگرفته از نظریه

دلبستگی، درمان پذیرش تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیک و تکنیک‌های شفقت است. افراد در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند. خلاصه‌ای از جلسات مداخله درمان مبتنی بر شفقت دلبستگی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات مداخله درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی (گارسیا - کامپایو و همکاران، ۲۰۱۶)

جلسه	محتوای جلسات	اهداف	تکالیف جلسه
اول و دوم	خوشامدگویی، توضیح منطق این رویکرد و اهداف و اصول جلسات، تعریف شفقت و اهمیت و اثرات شفقت ورزی، شفقت چه چیزی نیست؟ تفاوت ذهن متمرکز بر خطر و ذهن مشفق، موضع درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	ایجاد اتحاد درمانی و قواعد؛ تمایز ذهن تهدید آمیز/مشفق؛ فهم مشترک شفقت در بستر دلبستگی	ارائه کاربرگ نقشه‌ی ذهن: ثبت وضعیت تجربه اخیر با دو ستون تهدید/مشفق (محرک، فکر، هیجان، رفتار).
سوم و چهارم	مرور جلسه قبل، آشنایی با انواع سیستم‌های تنظیم هیجان و کارکرد آنها در افراد مرزی، آموزش تکنیک تنفس تسکین بخش و توجه آگاهی (جهت تحریک سیستم امنیت، استعاره اسهال و استفراغ)	افزایش آگاهی بدنی - هیجانی؛ فعال‌سازی سیستم امنیت	تنفس تسکین‌بخش و واریسی بدن/ذهن، ثبت شدت هیجان
پنجم و ششم	مرور جلسه قبل، آشنایی با انواع خودانتقادگری و اثرات آنها، تحلیل کارکردی منتقد درونی با استعاره ببر، معرفی مفهوم خوداصلاح‌گری مشفقانه و تمایز آن با خودانتقادگری و حمله به خود ناشی از شرم با استعاره معلم، معرفی خودچندگانه، استفاده از تکنیک صندلی خالی و تصویرسازی بخش خودمنتقد و شناسایی سبک دلبستگی خود و درک چگونگی تأثیرگذاری بر روابط بین فردی فعلی (تکنیک نامه به والد)	شناسایی اشکال خودانتقادگری؛ تمایز خوداصلاح‌گری مشفقانه از حمله‌ی شرم - محور؛ معرفی خودهای چندگانه	نگارش نامه به والد/مراقب از موضع خودمشفق + فرم تحلیل یک اپیزود انتقاد از خود
هفتم و هشتم	مرور جلسه قبل، تفاوت بین احساس امنیت و جستجوی امنیت، تمایز بین شرم و احساس گناه، بازسازی خاطرات هیجانی، هویت مشفقانه و تکنیک خودمشفق، و نوشتن نامه مشفقانه برای ارتقای شفقت به خود	تقویت هویت مشفق؛ تنظیم شرم از مسیر معنابخشی/بازنگری؛ افزایش شفقت به خود	ارائه تکلیف ثبت رویدادهای مشفقانه و تکمیل نامه‌ی مشفقانه‌ی شخصی
نهم و دهم	مرور جلسه قبل، مهارت‌ها و ویژگی‌های مشفقانه، تکنیک تصویرسازی مکان امن (دریافت شفقت از دیگران)، تکنیک شفقت ورزی به دیگران با خاطره متضاد از شرم، تکنیک صندلی مشفق و تمرکز روی خودمشفق با تأکید بر دلبستگی، الگوهای اولیه دلبستگی با والد (بازسازی سبک دلبستگی ایمن)	تعمیق تجربه‌ی امنیت و حمایتی؛ گسترش شفقت به خود/دیگری؛ بازشرطی‌سازی دلبستگی	تمرین تصویرسازی مکان امن و ثبت اثر هیجانی آن
یازدهم و دوازدهم	مرور جلسات قبلی، بررسی و شناسایی ترس از شفقت و مقاومت با تحلیل کارکردی، تشویق آزمودنی‌ها به استمرار در انجام تمرینات، جمع‌بندی و خاتمه درمان	کاهش موانع شفقت؛ تثبیت مهارت‌ها	توجه به کارکردهای ترس از شفقت و کاربرگ مدیریت هیجان در بافت دلبستگی و ثبت تمرینات

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر شامل ۴۵ فرد دارای علائم اختلال شخصیت مرزی بوده که در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. در این بین دو نفر از شرکت‌کنندگان گروه درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی دچار ریزش شده و فرایند درمان را ناتمام گذاشتند، در نتیجه تعداد

مشارکت‌کنندگان در این گروه به ۱۳ نفر کاهش پیدا کرد. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی $3/57 \pm$ ۳۲/۳۶، در گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی $3/73 \pm$ ۳۳/۲۸ و در گروه گواه $4/15 \pm$ ۳۳/۴۷ بود. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه به تفکیک مراحل پیش-آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد به همراه کجی و کشیدگی متغیرهای وابسته در گروه‌های پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	مراحل	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی				درمان مبتنی بر ذهنی سازی				گواه	
		میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	انحراف معیار	کجی
خودنابستگی	پیش آزمون	۲۰/۶۱	۷/۱۷	-۰/۶۷	۰/۶۹	۲۰/۰۶	۷/۷۹	-۰/۵۸	-۰/۵۲	۸/۵۹	-۰/۴۷
	پس آزمون	۱۶/۶۹	۷/۳۰	۰/۰۶	۱/۰۸	۱۴/۰۶	۸/۱۳	۰/۴۷	۰/۳۳	۸/۶۰	-۰/۳۸
	پیگیری	۱۶/۴۶	۷/۲۴	۰/۳۵	۰/۷۶	۱۴/۰۸	۶/۸۳	۰/۷۸	۰/۶۷	۸/۹۸	-۰/۳۴
تفرز خود	پیش آزمون	۸/۷۶	۳/۰۰	۰/۲۶	-۰/۹۶	۹/۰۰	۳/۰۹	۰/۱۶	-۰/۷۳	۳/۴۸	۰/۴۶
	پس آزمون	۶/۸۴	۲/۳۷	۱/۴۵	۱/۸۸	۸/۷۳	۲/۹۶	۰/۳۵	۱/۱۵	۳/۶۷	۰/۱۵
	پیگیری	۵/۷۶	۱/۷۸	۱/۳۷	۱/۴۳	۸/۰۶	۳/۳۴	۰/۷۶	۱/۱۴	۳/۸۵	۰/۲۹
خوداطمینان- بخشی	پیش آزمون	۲۰/۰۰	۵/۵۳	-۰/۸۸	۰/۳۰	۲۰/۱۳	۷/۰۰	-۰/۳۸	-۰/۹۷	۴/۱۹	-۱/۰۸
	پس آزمون	۱۸/۳۰	۵/۵۲	-۰/۳۳	-۱/۵۵	۱۶/۰۶	۷/۷۲	۰/۱۴	-۱/۱۳	۴/۴۹	-۱/۲۴
	پیگیری	۱۹/۳۰	۵/۱۳	-۰/۲۴	-۱/۴۵	۱۸/۰۸	۷/۰۱	۰/۳۵	-۰/۲۴	۴/۱۰	-۱/۵۹
نمره کل خودانتقادگری	پیش آزمون	۴۱/۵۳	۷/۵۷	-۱/۲۸	۱/۹۱	۴۱/۰۶	۸/۰۳	-۰/۶۸	-۰/۷۶	۴۱/۳۳	-۰/۰۳
	پس آزمون	۳۷/۱۵	۷/۰۲	۰/۲۴	-۱/۵۲	۳۸/۰۰	۷/۹۸	۰/۰۷	-۱/۰۰	۴۲/۰۰	-۰/۱۹
	پیگیری	۳۷/۱۶	۷/۴۱	۰/۵۰	-۱/۲۴	۳۷/۵۳	۷/۹۷	۰/۱۳	-۰/۹۶	۴۲/۰۶	۰/۴۰
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	پیش آزمون	۱۶/۳۸	۴/۸۹	-۰/۶۰	-۰/۹۰	۱۶/۲۶	۶/۲۲	۰/۶۳	۰/۱۵	۴/۵۲	۱/۶۲
	پس آزمون	۱۳/۰۷	۴/۵۵	۰/۹۱	۱/۵۸	۱۳/۲۸	۶/۶۴	۰/۶۲	-۱/۰۳	۴/۹۴	۱/۲۹
	پیگیری	۱۳/۱۵	۴/۱۸	۰/۱۷	۱/۰۹	۱۴/۲۰	۶/۲۵	۰/۶۲	-۱/۲۹	۳/۷۸	۱/۰۴
دشواری در انجام رفتار هدفمند	پیش آزمون	۱۶/۷۶	۳/۸۹	-۰/۲۵	-۱/۲۹	۱۷/۹۳	۴/۸۶	-۰/۹۲	۰/۵۳	۴/۸۷	۰/۶۵
	پس آزمون	۱۴/۳۸	۳/۲۷	۰/۳۱	-۰/۰۱	۱۴/۳۳	۵/۳۷	۰/۱۶	-۰/۸۶	۴/۹۸	۰/۴۵
	پیگیری	۱۴/۰۰	۲/۹۱	۰/۰۱	-۰/۷۱	۱۴/۲۶	۵/۵۲	۰/۳۶	-۰/۶۸	۴/۹۶	۰/۲۷
دشواری در کنترل تکانه	پیش آزمون	۱۷/۶۹	۴/۹۷	۰/۱۹	-۱/۴۰	۱۷/۹۳	۷/۴۲	-۰/۱۶	-۰/۹۹	۵/۳۵	۱/۰۴
	پس آزمون	۱۲/۶۹	۳/۳۲	۰/۵۱	۰/۹۴	۱۳/۸۶	۶/۰۳	۰/۶۳	-۰/۲۶	۴/۹۷	۱/۰۹
	پیگیری	۱۲/۸۴	۴/۰۱	۱/۳۳	۰/۸۰	۱۳/۲۰	۶/۳۴	۰/۳۸	-۰/۸۶	۵/۲۳	۰/۹۷
فقدان آگاهی هیجانی	پیش آزمون	۱۶/۰۷	۴/۳۱	-۰/۰۴	۱/۱۸	۱۷/۲۶	۳/۵۹	-۱/۷۹	۱/۹۸	۵/۸۸	۰/۷۱
	پس آزمون	۱۵/۶۹	۳/۵۲	-۰/۷۸	۰/۱۴	۱۷/۳۳	۳/۷۹	-۰/۱۲	-۰/۹۶	۶/۰۶	۰/۴۵
	پیگیری	۱۴/۲۳	۳/۹۸	-۰/۸۶	۰/۹۳	۱۷/۰۶	۴/۰۲	-۰/۲۳	-۱/۴۵	۶/۰۰	۰/۷۱
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	پیش آزمون	۲۳/۸۴	۶/۶۶	۰/۰۶	-۰/۹۷	۲۳/۶۶	۸/۶۲	-۰/۳۴	-۱/۳۲	۲۲/۱۳	۰/۹۷
	پس آزمون	۱۸/۷۶	۶/۵۲	۱/۰۵	۰/۶۱	۲۰/۰۰	۷/۱۴	۰/۶۴	۰/۱۳	۲۴/۰۶	۰/۸۲
	پیگیری	۱۷/۳۰	۵/۹۴	۱/۱۴	۱/۱۲	۱۹/۴۰	۶/۷۳	۰/۹۳	۰/۵۴	۲۲/۱۳	۰/۸۹
عدم وضوح هیجانی	پیش آزمون	۱۲/۷۶	۴/۸۱	۰/۲۶	-۰/۲۲	۱۳/۲۰	۴/۸۲	-۰/۰۷	-۱/۶۶	۳/۰۹	۰/۵۹
	پس آزمون	۱۰/۶۹	۳/۲۷	۰/۰۷	-۰/۱۰	۱۱/۷۳	۴/۱۱	-۰/۱۶	-۱/۴۶	۳/۹۰	۰/۶۴
	پیگیری	۱۰/۳۸	۲/۴۳	-۰/۸۱	۰/۴۶	۱۲/۰۱	۲/۷۷	۰/۵۵	۰/۱۰	۳/۹۰	۰/۱۹
نمره کل تنظیم هیجان	پیش آزمون	۱۰۳/۵۳	۲۳/۸۲	-۰/۳۵	۰/۱۹	۱۰۶/۲۶	۲۸/۰۶	-۰/۵۱	-۰/۰۷	۲۴/۶۷	۰/۴۱
	پس آزمون	۸۵/۳۰	۱۷/۹۷	-۰/۲۸	-۰/۷۱	۹۰/۹۳	۲۸/۸۲	۰/۱۷	-۱/۰۸	۲۳/۲۳	۰/۴۵
	پیگیری	۸۱/۹۲	۱۷/۳۰	-۰/۳۷	۰/۴۹	۹۰/۱۳	۲۷/۰۳	۰/۱۲	-۱/۳۸	۲۴/۸۴	۰/۱۸

ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. در ابتدا داده‌های پرت مورد بررسی قرار گرفته که مشخص شد داده پرتی وجود ندارد. همچنین در کنار کجی و کشیدگی از آزمون کولموگروف - اسمیرونوف هم برای نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. مقادیر این آزمون برای خودانتقادگری ($KS=0/12$ و $p=0/106$) و تنظیم هیجان ($KS=0/09$ و $p=0/476$) بوده که این نتایج نشان از برقراری این مفروضه

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین مؤلفه خودانتقادگری برای هر دو گروه مداخله درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی و مداخله درمان مبتنی بر ذهنی سازی در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش یافته و در متغیر تنظیم هیجان در هر دو گروه آزمایش یک و دو و در مراحل پس آزمون و پیگیری بهبود مشاهده شده است. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ لذا در

داشت ($p > 0/05$). ضریب همبستگی بین نمرات پیش آزمون‌ها، پس-آزمون‌ها و پیگیری‌های خودانتقادگری و تنظیم هیجان نشان داد که رابطه خطی بودن بین آن‌ها برقرار است ($p < 0/05$). مفروضه همگنی واریانس-های خطا با استفاده از آزمون لوین مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مقادیر این آزمون برای خودانتقادگری ($L = 1/13$ و $p = 0/296$) و تنظیم هیجان ($L = 2/10$ و $p = 0/136$) بوده که این نتایج نشان داد همگنی واریانس‌ها رعایت شده و عدم معناداری آزمون لوین نیز این مسئله را نشان می‌دهد که این پیش فرض برآورده شده است و این نتایج نشان داد پراکندگی متغیرهای وابسته در سطوح گروه‌ها همگن و تقریباً یکسان است ($p > 0/05$). نتایج آزمون ام‌باکس نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها برقرار بوده و مقادیر آن برای خودانتقادگری ($BM = 5/67$ ، $F = 0/82$ و

$p = 0/550$) و تنظیم هیجان ($BM = 7/00$ ، $F = 1/01$ و $p = 0/410$) است. نتایج آزمون کرویت موچلی برای خودانتقادگری ($Mauchly's = 0/06$)، تنظیم هیجان ($Mauchly's = 0/07$) و $X^2 = 105/77$ و $p = 0/001$) و تنظیم هیجان ($X^2 = 100/59$ و $p = 0/001$) به دست آمده که نشان داد سطح معناداری در مورد هر دو متغیر خودانتقادگری و تنظیم هیجان از $0/05$ کمتر شده، لذا فرض کرویت رد شده و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس - گایزر استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون واریانس اندازه‌گیری مکرر برقرار است. جدول ۴ نتایج تحلیل چند متغیری واریانس با اندازه‌گیری مکرر را در تبیین اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل چند متغیری واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	لامبدای ویلکز	مقدار F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
خودنابندگی	0/81	4/53	4	78	0/017	0/18
تفر از خود	0/60	5/57	4	78	0/001	0/22
خوداطمینان بخشی	0/92	1/62	4	78	0/211	0/07
نمره کل خودانتقادگری	0/57	14/45	4	78	0/001	0/42
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	0/65	4/64	4	78	0/002	0/19
دشواری در انجام رفتار هدفمند	0/71	3/50	4	78	0/11	0/15
دشواری در کنترل تکانه	0/75	2/93	4	78	0/26	0/13
فقدان آگاهی هیجانی	0/85	1/65	4	78	0/169	0/07
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	0/49	19/44	4	78	0/001	0/49
عدم وضوح هیجانی	0/71	4/46	4	78	0/003	0/17
نمره کل تنظیم هیجان	0/33	10/00	4	78	0/001	0/33

هیجانی ($F = 4/46$ و $p = 0/003$) و نمره کل تنظیم هیجان ($F = 10/00$) و وجود دارد. همچنین بر اساس مقدار لامبدای ویلکز و F به دست آمده تفاوت معناداری بین زمان‌ها و گروه‌های پژوهش در مورد متغیرهای خوداطمینان بخشی ($F = 1/62$ و $p = 0/211$) و فقدان آگاهی هیجانی ($F = 1/65$ و $p = 0/169$) وجود ندارد. جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را در تبیین اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های پژوهش نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار لامبدای ویلکز و F به دست آمده تفاوت معناداری بین زمان‌ها و گروه‌های پژوهش در مورد متغیرهای خودنابندگی ($F = 4/53$ و $p = 0/017$)، تفر از خود ($F = 5/57$ و $p = 0/001$)، نمره کل خودانتقادگری ($F = 14/45$ و $p = 0/001$)، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ($F = 4/64$ و $p = 0/002$)، دشواری در انجام رفتار هدفمند ($F = 3/50$ و $p = 0/11$)، دشواری در کنترل تکانه ($F = 2/93$ و $p = 0/26$)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ($F = 19/44$ و $p = 0/001$)، عدم وضوح

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
خودنابستگی	زمان	۴۴۱/۵۳	۳۲۸/۷۱	۳۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	زمان × گروه	۳۶۰/۷۶	۲۰۴/۳۰	۶/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۲۳
	گروه	۱۰۴۰/۳۱	۵۲۰/۱۵	۸/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۲۷
تنفر از خود	زمان	۹۷۴/۳۳	۳۷۲/۱۰	۱۶/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	زمان × گروه	۱۷۸۲/۴۰	۴۲۱/۸۷	۴/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۱۹
	گروه	۱۲۶/۱۱	۶۳/۰۵	۱۴/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱
خوداطمینان بخشی	زمان	۷۷/۸۰	۷۳/۵۴	۲/۵۷	۰/۱۱۴	۰/۰۶
	زمان × گروه	۶۵/۲۹	۳۰/۸۶	۱/۰۸	۰/۳۵۱	۰/۰۵
	گروه	۵۳۰/۳۰	۲۶۵/۱۵	۴/۶۶	۰/۰۶۵	۰/۱۲
نمره کل خودانتقادگری	زمان	۱۰۷۵/۱۳	۱۵۶۲/۵۰	۶۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	زمان × گروه	۲۳۴۳/۲۹	۱۱۳۸/۴۳	۱۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	گروه	۳۳۷۸/۸۴	۱۶۸۹/۴۲	۱۳/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	زمان	۴۲۵/۹۳	۲۹۵/۲۱	۲۹/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	زمان × گروه	۸۵۳/۳۸	۱۷۰/۰۴	۴/۱۸	۰/۰۰۴	۰/۱۶
	گروه	۳۹۵/۰۲	۱۹۷/۵۱	۱۱/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵
دشواری در انجام رفتار هدفمند	زمان	۷۱/۴۲	۶۲/۳۱	۵/۴۵	۰/۰۲۰	۰/۱۲
	زمان × گروه	۱۲۹/۸۲	۵۶/۶۲	۴/۹۵	۰/۰۰۹	۰/۱۹
	گروه	۱۹۶/۷۰	۹۸/۳۵	۹/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰
دشواری در کنترل تکانه	زمان	۲۰۱/۶۴	۱۸۱/۱۹	۷/۱۶	۰/۰۰۸	۰/۱۵
	زمان × گروه	۲۴۱/۶۹	۱۰۸/۵۸	۴/۲۹	۰/۰۱۷	۰/۱۷
	گروه	۳۶۰/۸۶	۱۸۰/۴۳	۴/۹۱	۰/۰۱۶	۰/۱۷
فقدان آگاهی هیجانی	زمان	۱۲/۴۲	۱۱/۰۴	۰/۸۰	۰/۳۸۹	۰/۰۲
	زمان × گروه	۳۷/۰۵	۱۶/۴۷	۱/۱۹	۰/۳۱۵	۰/۰۵
	گروه	۱۱۹/۰۵	۵۹/۵۲	۱/۱۵	۰/۳۲۵	۰/۰۵
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	زمان	۲۸۳/۹۲	۲۵۹/۴۸	۸/۷۵	۰/۰۰۴	۰/۱۸
	زمان × گروه	۲۴۰/۷۲	۱۱۰/۰۰	۳/۷۱	۰/۰۰۸	۰/۱۵
	گروه	۱۷۰/۲۳	۸۵/۱۲	۵/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱
عدم وضوح هیجانی	زمان	۲۳۰/۲۰	۲۱۱/۶۰	۳۸/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	زمان × گروه	۴۶۴/۳۶	۹۳/۷۶	۴/۲۴	۰/۰۰۴	۰/۱۶
	گروه	۵۳۰/۵۸۴	۲۶۵/۴۲	۱۰/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵
نمره کل تنظیم هیجان	زمان	۲۴۶۸/۵۰	۲۳۷۴/۹۱	۴/۶۹	۰/۰۳۵	۰/۱۰
	زمان × گروه	۴۶۰۱/۵۳	۲۲۱۳/۵۳	۴/۳۷	۰/۰۱۶	۰/۱۷
	گروه	۷۶۱۳/۵۱	۳۸۰۶/۷۵	۴/۹۹	۰/۰۱۱	۰/۱۶

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که معنادار بودن F به دست آمده در منبع درون گروهی در خودانتقادگری ($F=۶۱/۰۴$ و $p=۰/۰۰۱$) و تنظیم هیجان

($F=۴/۶۹$ و $p=۰/۰۳۵$) وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش-آزمون، پس آزمون و پیگیری در هر دو متغیر به ترتیب در سطح $p<۰/۰۱$ و $p<۰/۰۵$ تأیید می شود. علاوه بر این با معنادار بودن F به دست آمده در

منبع بین گروهی در خودانتقادگری ($F=13/36$ و $p=0/001$) و تنظیم هیجان ($F=4/99$ و $p=0/011$) می توان گفت بین سه مرحله اندازه گیری برای هر دو متغیر در دو گروه آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی اثر زمان بر متغیرهای وابسته

متغیر	تفاوت زمان ها	تفاضل میانگین ها	سطح معنی داری
خودنابسن دگی	پیش آزمون	۴/۶۰	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۵/۲۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۶۱	۰/۲۹۱
تنفر از خود	پیش آزمون	۰/۴۱	۰/۰۲۹
	پیش آزمون	۰/۸۴	۰/۰۰۲
	پس آزمون	۰/۲۲	۰/۲۴۰
خوداطمینان بخشی	پیش آزمون	۱/۸۹	۰/۲۲۶
	پیش آزمون	۰/۷۸	۰/۹۹۹
	پس آزمون	۱/۱۱	۰/۳۰۴
نمره کل خودانتقادگری	پیش آزمون	۲/۲۶	۰/۰۴۶
	پیش آزمون	۲/۳۹	۰/۰۳۲
	پس آزمون	۰/۱۳	۰/۹۹۹
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	پیش آزمون	۱/۱۰	۰/۰۰۶
	پیش آزمون	۱/۳۲	۰/۰۰۳
	پس آزمون	۰/۲۱	۰/۹۹۹
دشواری در انجام رفتار هدفمند	پیش آزمون	۱/۵۵	۰/۰۰۹
	پیش آزمون	۱/۶۱	۰/۰۰۲
	پس آزمون	۰/۰۶	۰/۹۹۹
دشواری در کنترل تکانه	پیش آزمون	۲/۴۶	۰/۰۳۵
	پیش آزمون	۲/۸۱	۰/۰۲۵
	پس آزمون	۰/۳۴	۰/۶۵۳
فقدان آگاهی هیجانی	پیش آزمون	-۰/۴۷	۰/۹۹۹
	پیش آزمون	۰/۲۸	۰/۹۹۹
	پس آزمون	۰/۷۵	۰/۹۹۹
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	پیش آزمون	۲/۲۷	۰/۰۲۳
	پیش آزمون	۳/۶۰	۰/۰۰۳
	پس آزمون	۱/۳۳	۰/۱۲۳
عدم وضوح هیجانی	پیش آزمون	۲/۸۲	۰/۰۰۳
	پیش آزمون	۲/۶۸	۰/۰۰۶
	پس آزمون	-۰/۱۴	۰/۹۹۹
نمره کل تنظیم هیجان	پیش آزمون	۷/۷۴	۰/۰۰۴
	پیش آزمون	۱۰/۳۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲/۵۷	۰/۵۴۰

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین غالب متغیرها به صورتی است که هر دو شیوه درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر منجر به کاهش میانگین نمرات متغیرها شده است. بدین صورت که نتایج مقایسه مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری در سطح معناداری قرار دارد ($p < 0/01$)؛ بنابراین اثر ایجاد شده در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مربوط به اثربخشی معنادار و بیشتر مداخلات درمانی بر متغیرهای پژوهش است. همچنین بین میانگین نمرات مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). این نتیجه نشان می‌دهد که نمرات متغیرهای خودانتقادگری و تنظیم هیجان که در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته بودند، توانسته‌اند که این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نمایند. همچنین نتایج مقایسه زمان‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین‌های متغیرهای خوداطمینان‌بخشی و فقدان آگاهی هیجانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ($p > 0/05$).

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی (مقایسه‌های چندگانه) گروه‌ها نیز در جدول ۷ قابل مشاهده است. نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین متغیرها در دو گروه آزمایشی درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی و درمان مبتنی بر

ذهنی‌سازی در مقایسه با گروه گواه معنادار است ($p < 0/01$). تفاوت میانگین اکثر متغیرها به صورتی است که هر دو شیوه درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر منجر به کاهش میانگین نمرات متغیرها شده است در صورتی که در گروه گواه شاهد تغییراتی نیستیم و نمرات ثابت بوده‌اند؛ بنابراین اثرات ایجاد شده در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مربوط به اثربخشی معنادار و بیشتر مداخلات درمانی بر متغیرهای پژوهش است. همچنین مقایسه دو مداخله نشان داد که بین این دو مداخله بر کاهش خودانتقادگری و دشواری در تنظیم هیجان افراد دارای علائم اختلال شخصیت مرزی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). در این بین تنها تفاوت معنادار مربوط به مؤلفه تنفر از خود بوده که درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی اثربخشی بیشتری نسبت به و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی داشته است ($p < 0/01$). همچنین نتایج مقایسه گروه‌ها نشان داد که درمان‌های شفقت مبتنی بر دلبستگی و مبتنی بر ذهنی‌سازی بر روی متغیرهای خوداطمینان‌بخشی و فقدان آگاهی هیجانی اثربخشی نداشته‌اند ($p > 0/05$). این نتایج نشان می‌دهد که هر دو مداخله به یک میزان بر روی این افراد اثربخش بوده و تفاوت چندانی از این حیث بین آن‌ها وجود ندارد.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی اثر گروه بر متغیرهای وابسته

متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاضل میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
خودنابندگی	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	گواه	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	گواه	۰/۰۰۱
	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۰/۳۲۳
تنفر از خود	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	گواه	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	گواه	۰/۰۰۶
	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۰/۰۰۱
خوداطمینان‌بخشی	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	گواه	۰/۱۱۲
	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	گواه	۰/۱۰۱
	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۰/۹۹۰
نمره کل خودانتقادگری	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	گواه	۰/۰۳۷
	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	گواه	۰/۰۴۰
	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۰/۹۹۹
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	گواه	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	گواه	۰/۰۰۱
	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۰/۹۹۹
دشواری در انجام رفتار هدفمند	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	گواه	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	گواه	۰/۰۰۱
	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	۰/۹۹۹

متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاضل میانگین‌ها	سطح معنی داری
دشواری در کنترل تکانه	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	گواه	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	گواه	۰/۰۰۱
فقدان آگاهی هیجانی	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	۰/۹۹۹
	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	گواه	۰/۴۸۱
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	گواه	۰/۹۹۹
	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	۰/۷۰۷
عدم وضوح هیجانی	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	گواه	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	گواه	۰/۰۳۸
نمره کل تنظیم هیجان	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	۰/۳۷۷
	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	گواه	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	گواه	۰/۰۰۳
	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	۰/۷۷۰
	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	گواه	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	گواه	۰/۰۰۱
	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	۰/۴۸۴
	درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی	گواه	۰/۵۵۲

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی بر خودانتقادگری و تنظیم هیجان افراد دارای علائم اختلال شخصیت مرزی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر کاهش خودانتقادگری موثر بوده است و این اثر تا پیگیری یک‌ماهه پایدار ماند. این نتیجه با مطالعات استینت (۲۰۲۵)، هایک‌گراس و همکاران (۲۰۲۴) و جوریست (۲۰۱۸) همسو است و با شواهد مطالعاتی درخصوص رابطه‌ی معکوس میان ظرفیت ذهنی سازی و خودانتقادگری نیز سازگار است (بری، ۲۰۱۹؛ لوف و همکاران، ۲۰۱۸). در چارچوب MBT، ترمیم کارکرد تأملی و بازگشت از حالت‌های غیرذهنی سازی به مشاهده‌ی پذیرنده‌ی حالات ذهنی خود و دیگری، چرخه‌های شرم/سرزنش را تضعیف می‌کند و ارزیابی خود را از قضاوت-گرانه به اکتشافی تغییر می‌دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهنی سازی هیجان‌ها مستلزم داشتن نوعی دانش و حس نسبت به خود در فرایند بازمعناسازی است. بر این اساس، هرچه فرد توانایی بیشتری در ذهنی سازی هیجان‌ها داشته باشد، درک عمیق‌تری از خویش پدید می‌آید و بیش از پیش خود را می‌پذیرد. در واقع، ذهنی سازی و خودپذیری هر دو دارای ویژگی ارزیابانه هستند. درحالی که ذهنی سازی هیجان‌ها فرآیندی

مبتنی بر پذیرش است، نه قضاوت یا انتقاد. کار منسجم با خود ناظر و فاصله‌گذاری از صدای منتقد درونی که می‌تواند بازتاب درون‌فکنی‌های پردازش‌نشده باشد (کوویستو و همکاران، ۲۰۲۲)، با مفهوم خود بیگانه در درمان مبتنی بر ذهنی سازی (فوناگی و همکاران، ۲۰۱۷) همخوان است. خود بیگانه محصول شکست در توانایی درک و بازنمایی حالات ذهنی خود و دیگران است که به‌جای شکل‌گیری تجربه‌ای منسجم از خویش، باعث می‌شود فرد بخشی از خود را به صورت بیگانه و تهدیدگر درونی کند. این فرایند با احساس «چیزی علیه من» به‌جای «این بخشی از من است» همراه می‌شود که خودانتقادگری و آسیب به خود را در پی دارد. درمان مبتنی بر ذهنی سازی با تمرین مداوم در بازنمایی و کارکرد تأملی و بازاندیشی به بیماران کمک می‌کند تا بخش‌های گسسته‌ی خود را به تصویری یکپارچه و شفقت‌آمیز تبدیل کنند. در نتیجه، شدت و فرکانس افکار خودانتقادگرانه کاهش می‌یابد.

از دیگر نتایج پژوهش این بود که درمان مبتنی بر ذهنی سازی موجب بهبود تنظیم هیجان در مرحله پس آزمون و پیگیری گردید. این یافته با نتایج مهاجرین و همکاران (۲۰۲۵)، ولفس (۲۰۲۴)، هایک‌گراس و همکاران (۲۰۲۴) و شووارزر و همکاران (۲۰۲۱) هم‌راستاست. افزایش وضوح و تمایز هیجانی از طریق نام‌گذاری دقیق حالت‌های ذهنی خود/دیگری و

کندسازی پاسخ، افراط هیجانی را فرومی‌نشانند و راهبردهای سازگاران را فعال می‌کند (سوسیک - واسیک و همکاران، ۲۰۲۱؛ استاین‌مایر و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع می‌توان گفت که این درمان با تقویت توانایی درک عمیق و آگاهانه‌ی تجربه‌های درونی، به فرد کمک می‌کند رفتارها و واکنش‌های هیجانی‌اش را در موقعیت‌های مختلف تنظیم کند. این فرایند شامل افزایش آگاهی از هیجان‌ها و افکار باعث ارتقای توانایی مدیریت پاسخ‌های هیجانی و نیازهای فردی می‌شود که به تصمیم‌گیری سازنده‌تر در برابر فشارها می‌انجامد (مصطفوی و همکاران، ۲۰۲۴). سبک بازتابی و تأملی در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به افراد کمک می‌کند تا رفتارها را پیش‌بینی، مدیریت و درک کنند و هنگام مواجهه با هیجان‌های شدید، سردرگمی و بی‌اختیاری کمتری تجربه کنند.

همچنین، یافته‌ها نشان داد که در گروه درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی نیز خودانتقادگری کاهش یافت. این نتیجه با مطالعات لوکر (۲۰۲۲)، لوکر و همکاران (۲۰۲۴)، ناواروگیل و همکاران (۲۰۲۰) و دونالد و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. برای تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که شفقت به خود نقش حفاظتی در برابر شرم و خودانتقادگری دارد (سواری و همکاران، ۲۰۲۱) و خودانتقادگری بعنوان بخشی از نظام تهدید، در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به شدت فعال می‌شود (گیلبرت، ۲۰۱۴)، درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی با تحریک نظام آرام‌سازی و تقویت دلبستگی ایمن، این چرخه را تعدیل کرده و امکان شفقت به خود را فراهم می‌کند. فعال‌سازی نظام تسکین بخشی و آرام‌سازی از طریق تمرین‌های شفقت و صدای درونی حامی و مشفق بازآموزی می‌شود و خودانتقادگری کاهش می‌یابد. بدین ترتیب فعال‌سازی سیستم تسکین بخش و بازسازی امنیت دلبستگی، لحن درونی سرزنش‌گر را تعدیل می‌کند. در واقع، درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی، از دو مسیر عمل می‌کند: ۱. تقویت توانایی فرد برای تجربه و تحمل هیجانات ارتباطی/آرام‌بخش در مواجهه با ناکامی‌ها. ۲. تقویت توانایی فرد برای تنظیم و مواجهه با هیجانات ناخوشایند یا ترسناک مانند خشم، شرم و خودانتقادگری. از این رو، می‌توان گفت که شفقت‌ورزی در فضای همراه با دلبستگی به‌عنوان رویکردی برای تجربه‌ی آرامش و امنیت درونی عمل می‌کند؛ یعنی فرد رنج خود را شناسایی کرده و به‌طور فعال در پی کاهش آن برمی‌آید.

یکی دیگر از یافته‌های مطالعه حاضر این بود که گروه درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی در پس‌آزمون و پیگیری بهبود معناداری در تنظیم هیجان داشتند. این یافته با نتایج پژوهش‌های کمپوس و همکاران (۲۰۱۹)، مونتر و - مارین و همکاران (۲۰۱۹) و بلتران - روئیز و همکاران (۲۰۲۳) همخوان است. رشد شفقت به خود و ذهن‌آگاهی که از مولفه‌های آن به شمار می‌رود، اجتناب و سرکوب هیجان را می‌کاهد و مواجهه‌ی پذیرنده با احساسات دردناک را تقویت می‌کند؛ دسترسی به راهبردهای سازگاران و کنترل تکانه افزایش می‌یابد. به بیان دیگر، این مداخلات به بهبود خودتنظیمی کمک کرده و توجه فرد را بر منابع درونی سلامت، یکپارچگی روانی و مشاهده بی‌طرفانه حالات درونی متمرکز می‌سازند. در واقع، برخورداری از ظرفیت شفقت به خود، با مدیریت کارآمدتر هیجانات منفی و افزایش تاب‌آوری هیجانی همراه است. بر اساس مدل‌های دلبستگی محور، تجربه‌ی امنیت دلبستگی می‌تواند حس عاملیت و توانایی خودتنظیمی هیجانی را تقویت کند. در واقع، این مداخله از طریق اصلاح چرخه‌های شناخت، هیجان و رفتار به ایجاد واکنش‌های هیجانی و رفتاری سالم‌تر منجر می‌شوند (دمیر و همکاران، ۲۰۲۴). از این رو، با توجه به اینکه اعتباربخشی به هیجانات و تجربه‌ی شخصی و بازسازی تصویر از خود جزو مواردی است که در این درمان با آنها کار می‌شود، بهبود تنظیم هیجان دور از انتظار نیست.

یکی از یافته‌های قابل توجه این پژوهش، نبود تفاوت معنادار در میزان اثربخشی دو رویکرد درمانی، یعنی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی، بر خودانتقادگری و تنظیم هیجان بود. مرور ادبیات پژوهش نشان داد تاکنون مطالعه‌ای که به‌طور هم‌زمان این دو مداخله را در افراد دارای علائم اختلال شخصیت مرزی مقایسه کرده باشد، انجام نشده است. با این حال، بر پایه مبانی نظری و نتایج پژوهش‌هایی که هر یک از این درمان‌ها را به‌طور جداگانه یا در جمعیت‌های مشابه بررسی کرده‌اند، می‌توان نتیجه گرفت که هرچند این دو رویکرد از مسیرهای مفهومی متفاوتی عمل می‌کنند، هر دو بر عوامل بنیادین اختلال شخصیت مرزی اثرگذارند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی با تمرکز بر بازسازی ظرفیت تأمل و تنظیم هیجان، و درمان شفقت مبتنی بر دلبستگی با اصلاح رابطه فرد با خود و پرورش نگرش مشفقانه، در نهایت به پیامدهای درمانی مشابهی منجر شدند. این هم‌گرایی در نتایج را می‌توان ناشی از اشتراک مفهومی دو

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و از مراکز روان‌شناختی همکار به صورت صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع

دلاور، علی. (۱۴۰۱). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی (ویراست پنجم). تهران: انتشارات ویرایش.

کرمانی مامازندی، زهرا و طالع پسند، سیاوش. (۱۳۹۷). ویژگی‌های روانسنجی

مقیاس دشواری تنظیم هیجان در دانشجویان دانشگاه سمنان. نشریه علمی

آموزش و ارزشیابی، ۱۱ (۴۲)، ۱۱۷-۱۴۲.

<https://sanad.iau.ir/Journal/jinev/Article/972741/FullText>

محمد زاده، علی، رضایی، اکبر، (۱۳۹۰)، اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت مرزی

در جامعه ایرانی، مجله علوم رفتاری، دوره ۵، شماره ۳، پاییز ۹۰، صص

۲۶۹-۲۷۷. https://www.behavsci.ir/article_67743.html

رویکرد در تأکید بر پردازش هیجانی، بازتعریف رابطه با خود و دیگران، و تقویت سازوکارهای خودتنظیمی دانست؛ بنابراین، به‌طور کلی می‌توان گفت هر دو مداخله از پشتوانه نظری و بالینی معتبری برای بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برخوردارند و می‌توانند به‌عنوان رویکردهایی مؤثر در کار بالینی به کار گرفته شوند. با این حال، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز دارد. حجم نمونه محدود و استفاده از ابزارهای خودگزارشی می‌تواند دامنه تعمیم نتایج را کاهش دهد. همچنین دوره پیگیری تنها یک ماه بود که بررسی اثرات پایدار مداخلات را محدود می‌کند. علاوه بر این، اجرای مداخلات توسط پژوهشگر و عدم کنترل کامل متغیرهای دارودرمانی از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، مجموعه‌ای از پیشنهادهای کاربردی و پژوهشی ارائه می‌شود. از منظر بالینی، نتایج حاضر بر اهمیت بهره‌گیری از رویکردهای متنوع در کار با بیماران مرزی تأکید دارد. درمانگران می‌توانند با توجه به ویژگی‌های فردی بیماران، از هر یک از این رویکردها برای کاهش خودانتقادگری و ارتقای تنظیم هیجان استفاده کنند. در حوزه پژوهشی، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر و استفاده از ابزارهای دیگر مانند مشاهده و مصاحبه کیفی جهت کاهش سوگیری‌های ناشی از گزارش‌های خوداظهاری انجام شود. علاوه بر این، در پژوهش‌های آتی مدت زمان پیگیری بیش از ۱ ماه در نظر گرفته شود تا بتوان به نتایج مطمئن‌تری در مورد اثربخشی درمان‌ها در دوره‌ی پیگیری دست یافت. در پژوهش‌های بعدی، برای جلوگیری از سوگیری ناخواسته-ی درمانگر، پیشنهاد می‌شود که از روش بن بست مضاعف استفاده شود. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی تأثیر دارو کنترل شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز و دارای کد اخلاق IR.SCU.REC.1403.119 است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

References

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arntz, A., Mensink, K., Cox, W. R., Verhoef, R. E. J., van Emmerik, A. A. P., Rameckers, S. A., Badenbach, T., & Grasman, R. P. P. (2023). Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: a multilevel survival meta-analysis. *Psychological medicine*, 53(3), 668–686.
<https://doi.org/10.1017/S0033291722003634>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
- Beltrán-Ruiz, M., Fernández, S., García-Campayo, J., Puebla-Guedea, M., López-del-Hoyo, Y., Navarro-Gil, M., & Montero-Marin, J. (2023). Effectiveness of attachment-based compassion therapy to reduce psychological distress in university students: a randomised controlled trial protocol. *Frontiers in Psychology*, 14, 1185445. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1185445>
- Berry, E. (2019). Mentalized Affect, Self-Acceptance, and Self-Criticism. *Honors Program Theses*. 80.
<https://scholarship.rollins.edu/honors/80>
- Biermann, M. (2023). *Shame, self-criticism and fears of compassion in Borderline Personality Disorder* (Doctoral dissertation).
<https://doi.org/10.11588/heidok.00034177>
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The lancet*, 398(10310), 1528–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- Buchman-Wildbaum, T., Unoka, Z., Dudas, R., Vizin, G., Demetrovics, Z., & Richman, M. J. (2021). Shame in borderline personality disorder: Meta-analysis. *Journal of personality disorders*, 35 (Supplement A), 149-161. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_515
- Campos, D., Navarro-Gil, M., Herrera-Mercadal, P., Martínez-García, L., Cebolla, A., Borao, L., ... & Quero, S. (2019). Feasibility of Internet Attachment-Based Compassion Therapy (iABCT) in the general population: Study protocol. *JMIR Research Protocols*, 8(10), e13406.
<https://doi.org/10.2196/13406>
- Delavar, A. (2022). *Research methods in psychology and educational sciences* (5th ed.). Tehran: Virayesh Publications. [Persian]
- Demir, V., Eryürek, S., & Savaş, E. (2024). The effect of mindfulness-based art therapy on psychological symptoms and happiness levels in patients with migraine: a pilot study. *Current Psychology*, 3, 1-9.
<https://doi.org/10.1007/s12144-024-05634-0>
- Donald, F., Lawrence, K. A., Broadbear, J. H., & Rao, S. (2019). An exploration of self-compassion and self-criticism in the context of personal recovery from borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 27(1), 56-59.
<https://doi.org/10.1177/1039856218797418>
- Faraji, H., Uçtum Muhtar, N., & Tezcan, A. E. (2023). Determination emotion regulation difficulties in borderline personality disorder with objective and projective tests. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 15 (1), 1-13. *OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 18(43), 7139-7166.
<https://doi.org/10.18863/pgy.1165387>
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). In M. J. Hilsenroth & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2. Personality assessment* (pp. 134–143). John Wiley & Sons, Inc..
<https://psycnet.apa.org/record/2004-12821-011>

- Fonagy, P., Luyten, P., & Bateman, A. (2015). Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 380. <https://doi.org/10.1037/per0000113>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0062-8>
- Fonseca-Baeza, S., García-Alandete, J., Marco, J. H., Pérez Rodríguez, S., Baños, R. M., & Guillén, V. (2023). Difficulties in emotional regulation mediate the impact of burden on quality of life and mental health in a sample of family members of people diagnosed with borderline personality disorder. *Frontiers in Psychology*, 14, 1270379. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1270379>
- García-Campayo, J., Barceló-Soler, A., Martínez-Rubio, D., Navarrete, J., Pérez-Aranda, A., Feliu-Soler, A., Luciano, J. V., Baer, R., Kuyken, W., & Montero-Marin, J. (2024). Exploring the Relationship Between Self-Compassion and Compassion for Others: The Role of Psychological Distress and Wellbeing. *Assessment*, 31(5), 1038–1051. <https://doi.org/10.1177/10731911231203966>
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., & Demarzo, M. (2016). Attachment-based compassion therapy. *Mindfulness & Compassion*, 1(2), 68-74. <https://doi.org/10.1016/j.mincom.2016.10.004>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gunnarsson, N. V. (2021). The self-perpetuating cycle of shame and self-injury. *Humanity & Society*, 45(3), 313-333. <https://doi.org/10.1177/016059762090447>
- Hajek Gross, C., Oehlke, S. M., Prillinger, K., Goreis, A., Plener, P. L., & Kothgassner, O. D. (2024). Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54(2), 317-337. <https://doi.org/10.1111/sltb.13044>
- Halamová, J., Kanovský, M., Varšová, K., & Kupeli, N. (2021). Randomised controlled trial of the new short-term online emotion focused training for self-compassion and self-protection in a nonclinical sample. *Current Psychology*, 40(1), 333-343. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9933-4>
- Hastrup, L. H., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J., & Simonsen, E. (2019). Societal costs of Borderline Personality Disorders: a matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 458-467. <https://doi.org/10.1111/acps.13094>
- Hestbæk, E., Hasselby-Andersen, M., Juul, S., Beier, N., & Simonsen, S. (2022). Mentalizing the patient—Patient experiences with short-term mentalization-based therapy for borderline personality disorder: A qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1088872. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1088872>
- Jurist, E. (2018). *Minding emotions: Cultivating mentalization in psychotherapy*. The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2017-40758-000>

- Kahya, Y., & Munguldar, K. (2023). Difficulties in emotion regulation mediated the relationship between reflective functioning and borderline personality symptoms among non-clinical adolescents. *Psychological reports*, 126(3), 1201-1220. <https://doi.org/10.1177/00332941211061072>
- Kermani mamazandi, Z., & Talepasand, S. (2018). Psychometric Characteristics of Difficulties in Emotion Regulation Scale in Semnan University Students. *Instrucation and Evaluation*, 11 (42), 117-142. [Persian]
<https://sanad.iau.ir/Journal/jinev/Article/972741/FullText>
- Kim, J., Chesworth, B., Franchino-Olsen, H., & Macy, R. J. (2022). A scoping review of vicarious trauma interventions for service providers working with people who have experienced traumatic events. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(5), 1437-1460. <https://doi.org/10.1177/1524838021991310>
- Koivisto, M., Melartin, T., & Lindeman, S. (2022). Self-invalidation in borderline personality disorder: A content analysis of patients' verbalizations. *Psychotherapy Research*, 32(7), 922-935. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2025627>
- Kot, E., Kostecka, B., Radoszewska, J., & Kucharska, K. (2023). Self-disgust in patients with borderline personality disorder. The associations with alexithymia, emotion dysregulation, and comorbid psychopathology. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00232-1>
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of personality assessment*, 73(1), 45-63. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA730104>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23(1), 4-25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Löf, J., Clinton, D., Kaldo, V., & Rydén, G. (2018). Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: A naturalistic study. *BMC psychiatry*, 18(1), 185. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1699-6>
- Lucre, K. (2022). Compassion-focused group psychotherapy for people who could attract a diagnosis of personality disorder. In P. Gilbert & G. Simos (Eds.), *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications* (pp. 427-442). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003035879-18>
- Lucre, K., Ashworth, F., Copello, A., Jones, C., & Gilbert, P. (2024). Compassion Focused Group Psychotherapy for attachment and relational trauma: Engaging people with a diagnosis of personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 97(2), 318-338. <https://doi.org/10.1111/papt.12518>
- Luyten, P., Campbell, C., Moser, M., & Fonagy, P. (2024). The role of mentalizing in psychological interventions in adults: Systematic review and recommendations for future research. *Clinical Psychology Review*, 108(4), 102380. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102380>
- Marchetti, D., Musso, P., Verrocchio, M. C., Manna, G., Kopala-Sibley, D. C., & De Berardis, D., ... Falgares, G. (2022). Childhood maltreatment, personality vulnerability profiles, and borderline personality disorder symptoms in adolescents. *Development and Psychopathology*, 34(3), 1163-1176. <https://doi.org/10.1017/S0954579420002151>
- Mohajerin, B., Gallagher, M. W., & Howard, R. (2025). Unified Protocol vs Mentalization-Based Therapy for Adolescents with Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology &*

- Psychotherapy*, 32(1), e70033. <https://doi.org/10.1002/cpp.70033>
- Mohammadzadeh, A., Rezaie, A. (2011). Validation of the borderline personality inventory in Iran. *International Journal of Behavioral Sciences*, 5(3), 269-277. [Persian] https://www.behavsci.ir/article_67743.html
- Montero-Marin, J., Collado-Navarro, C., Navarro-Gil, M., Lopez-Montoyo, A., Demarzo, M., Herrera-Mercadal, P., Barcelo-Soler, A., & Garcia-Campayo, J. (2019). Attachment-based compassion therapy and adapted mindfulness-based stress reduction for the treatment of depressive, anxious and adjustment disorders in mental health settings: a randomised controlled clinical trial protocol. *BMJ open*, 9(10), e029909. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029909>
- Mostafavi, E., & Rahimlooei Aghdam, H. (2024). Comparison of the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Emotion Regulation, Impulsivity, and Self-Esteem in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 5(8), 16-25. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.8.3>
- Music, G. (2018). *Nurturing children: From trauma to growth using attachment theory, psychoanalysis and neurobiology*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429437540>
- Navarro-Gil, M., Lopez-del-Hoyo, Y., Modrego-Alarcón, M., Montero-Marin, J., Van Gordon, W., Shonin, E., & Garcia-Campayo, J. (2020). Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. *Mindfulness*, 11(1), 51-62. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0896-1>
- Pol, S. M., de Jong, A., Trompetter, H., Bohlmeijer, E. T., & Chakhssi, F. (2023). Effectiveness of compassion-focused therapy for self-criticism in patients with personality disorders: A multiple baseline case series study. *Personality and Mental Health*, 17(4), 371-387. <https://doi.org/10.1002/pmh.1631>
- Salgó, E., Szeghalmi, L., Bajzát, B., Berán, E., & Unoka, Z. (2021). Emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with borderline personality disorder, compared to healthy control subjects. *PLOS ONE*, 16(3), e0248409. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248409>
- Savari, Y., Mohagheghi, H., & Petrocchi, N. (2021). A preliminary investigation on the effectiveness of compassionate mind training for students with major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Mindfulness*, 12(5), 1159-1172. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01584-3>
- Schwarzer, N. H., Nolte, T., Fonagy, P., & Gingelmaier, S. (2021). Mentalizing and emotion regulation: Evidence from a nonclinical sample. *International Forum of Psychoanalysis*, 30(1), 34-45. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1873418>
- Sharifi, V., Assadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabanikia, A., Shahrivar, Z., Davari Ashtiani, R., Hakim Shoushtari, M., Sedigh, A., & Jalali Roudsari, M. (2004). Reliability and feasibility of the Persian Translation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Science*, 6, 10-22. (In Persian). <http://icssjournal.ir/article-1-26-en.html>
- Sosic-Vasic, Z., Schaitz, C., Mayer, B., Maier, A., Connemann, B., & Kröner, J. (2021). Improving emotion regulation and mentalizing in borderline personality disorder with a brief group program: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 12, 627594. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.627594>
- Stefanatou, P., Xenaki, L. A., Konstantakopoulos, G., Papaiakevou, A., Ralli, I., Berk, A. D.,... & Malogiannis, I. A. (2022). Psychopathological Determinants of Quality of Life in People with Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 12(1), 30. <https://doi.org/10.3390/jcm12010030>
- Steinmair, D., Wong, G., Frantal, S., Rohm, C., & Löffler-Stastka, H. (2021). Affect regulation in psychoanalytic treatments of patients with a

- borderline personality disorder-psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy-a comparison. *World journal of psychiatry*, 11(12), 1328–1345. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i12.1328>
- Stinnett, S. (2025). *Dimensional prediction of borderline personality disorder traits: A cross-sample comparison* (Doctoral dissertation). Eastern Kentucky University. https://encompass.eku.edu/psych_doctorals/50
- Stynes, G., Leão, C. S., & McHugh, L. (2022). Exploring the effectiveness of mindfulness-based and third wave interventions in addressing self-stigma, shame and their impacts on psychosocial functioning: a systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 174-189. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.01.006>
- Vansteelandt, K., Houben, M., Claes, L., Berens, A., Sleuwaegen, E., & Kuppens, P. (2020). Self-criticism and dependency predict affective variability in borderline personality disorder: An ecological momentary assessment study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(4), 270-279. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/per0000374>
- Weatherford, J. V., Ruork, A. K., Yin, Q., Lopez, A. C., & Rizvi, S. L. (2024). Shame, suicidal ideation, and urges for non-suicidal self-injury among individuals with borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy: The mediating role of anger. *Suicide & life-threatening behavior*, 54(2), 338–348. <https://doi.org/10.1111/sltb.13045>
- Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P.,... & Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69-78. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>
- Wolfs, B. (2024). Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: a narrative review of recent process and outcome findings. *Psychodynamic Practice*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/14753634.2024.2343697>
- Zimmerman, M., & Becker, L. (2023). The hidden borderline patient: patients with borderline personality disorder who do not engage in recurrent suicidal or self-injurious behavior. *Psychological medicine*, 53(11), 5177-5184. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002197>