SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.4/2026;13(4):472-483
DOI: 10.22034/13.4.472
https://shenakht.muk.ac.ir



Original Article

Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Mentalization-Based Treatment on Parental Reflective Functioning in Mothers with Traits of Borderline Personality Disorder

Motahareh Gholami Hosnaroudi[1], Arezoo Shomali Oskoei[2*], Malek Mirhashemi[3]

1. Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran
2. Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran
3. Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Article History:

Received: May 17, 2026
Revised: August 6, 2026
Accepted: August 31, 2026

***Corresponding Author:** Arezoo Shomali Oskoei, Assistant Professor, Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran

E-mail: arezoo.oskoei@iau.ac.ir

Abstract

Background and Aims: Traits of Borderline Personality Disorder in mothers are associated with deficits in Reflective Functioning, which lead to dysfunctional parent-child interactions and the intergenerational transmission of emotional difficulties. This highlights the need for targeted interventions. The present study aimed to compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Mentalization-Based Treatment on Parental Reflective Functioning in mothers with Traits of Borderline Personality Disorder.

Materials and Methods: This quasi-experimental study used a pretest-posttest design with a 3-month follow-up and included a control group. The sample included 45 mothers from Tehran, Iran, in 2025, selected through convenience sampling and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The first experimental group received 12 sessions of Dialectical Behavior Therapy, each lasting 90 minutes, whereas the second experimental group received 12 sessions of Mentalization-Based Treatment, each lasting 90 minutes. The control group was placed on a waiting list. Data were collected using the Borderline Personality Inventory (Leichsenring, 1999) and the Parental Reflective Functioning Questionnaire (Luyten, 2017). Data were analyzed using Mixed Multivariate analysis of variance with SPSS software (version 27).

Results: The results indicated a significant time× group interaction effect for the total Reflective Functioning score and its dimensions $^{2}\eta = 0.558$, $F_{(14,74)=}$ 6.661, P<0.001). Both treatments were effective in increasing the total Reflective Functioning score and its dimensions (P<0.05). However, Mentalization-Based Treatment was more effective than Dialectical Behavior Therapy in improving the total Reflective Functioning score (MD=-9.80, P<0.05).

Conclusion: The findings of the present study can inform educational, therapeutic, and supportive policies for families.

Keywords: Borderline personality disorder, Dialectical behavior therapy, Mentalization-based treatment, Parental reflective functioning

Please cite this article as follows: Gholami Hosnaroudi M, Shomali Oskoei A, Mirhashei M. Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Mentalization-Based Treatment on Parental Reflective Functioning in Mothers with Traits of Borderline Personality Disorder. SJPP. 2026;13(4):472-483.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

Copyright © 2026 The Author(s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. All rights reserved by the authors. This is an open-access article that may be read, downloaded, copied, distributed, printed, searched, and linked to the full text for lawful purposes, provided that the original authors and source are properly acknowledged.

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۴، مهر و آبان ۱۴۰۵، صفحات: ۴۷۲-۴۸۳
DOI: 10.22034/13.4.472
https://shenakht.muk.ac.ir

مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی بر کنش‌وری بازتابی والدینی در مادران با رگه‌های اختلال شخصیت مرزی

مطهره غلامی حسناورودی[۱]، آرزو شمالی اسکویی[۲*]، مالک میرهاشمی[۳]

۱. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۲. گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۳. گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی ،رودهن، ایران

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۲۷
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۵/۱۵
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

*نویسنده مسئول: آرزو شمالی اسکویی، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

ایمیل: arezoo.oskoei@iau.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: رگه‌های اختلال شخصیت مرزی در مادران با نقص در کنش‌وری بازتابی همراه است که به تعاملات ناکارآمد والد و فرزند و انتقال بین‌نسلی مشکلات هیجانی منجر می‌شود. این مسئله ضرورت مداخلات هدفمند را برجسته می‌کند. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی برکنش‌وری بازتابی والدینی در مادران با رگه‌های اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به‌صورت نیمه‌آزمایشی با طراحی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل اجرا شد. نمونه شامل ۴۵ نفر از مادران شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گماشته شدند. گروه آزمایش اول دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه آزمایش دوم دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی دریافت کردند و گروه کنترل در فهرست انتظار بود. به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های شخصیت مرزی لیشنرینگ (۱۹۹۹) و کنش‌وری بازتابی والدینی لوینتن (۲۰۱۷) استفاده شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس آمیختهٔ چندمتغیره و با کمک نسخهٔ ۲۷ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اثر تعامل زمان و گروه برای نمرهٔ کل کنش‌وری بازتابی و ابعاد آن معنادار بود ($F_{(۱۴, ۷۴)}$=۶/۶۶۱، p<۰/۰۰۱، η^2=۰/۵۵۸). هر دو درمان بر افزایش نمرهٔ کل کنش‌وری بازتابی و ابعاد آن اثربخش بودند (P<۰/۰۵). بااین‌حال، درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی در افزایش نمرهٔ کل کنش‌وری بازتابی اثربخش‌تر از رفتاردرمانی دیالکتیک بود (MD= -۹/۸۰، P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند در سیاست‌گذاری‌های آموزشی، درمانی و حمایتی خانواده‌ها مفید باشد.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی، کنش‌وری بازتابی والدینی، اختلال شخصیت مرزی

استناد: غلامی حسناورودی، مطهره؛ شمالی اسکویی، آرزو؛ میرهاشمی، مالک. مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی بر کنش‌وری بازتابی والدینی در مادران با رگه‌های اختلال شخصیت مرزی. دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، مهر و آبان ۱۴۰۵؛۱۳(۴):۴۷۲-۴۸۳.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی[۱] با ویژگی‌هایی نظیر ناپایداری عاطفی، روابط بین‌فردی متغیر، سردرگمی هویت، احساس پوچی مزمن، تلاش‌های افراطی برای اجتناب از طردشدن و رفتارهای تکانشی مشخص می‌شود (ازا، دپنس و گش[۲]، ۲۰۲۵؛ انجمن روان‌پزشکی

[1] Borderline Personality Disorder

[2] Oza R, Debnath M., & Ghosh A

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

آمریکا[1]، ۲۰۲۲). این ویژگی‌ها می‌توانند چالش‌های قابل‌توجهی در نقش والدینی ایجاد کنند؛ به‌ویژه در مادران که مسئولیت اصلی مراقبت و پرورش کودک را بر عهده دارند (دیکسون، لمبرت، اسکرپنک[2]، ۲۰۲۶). مادران با رگه‌های اختلال شخصیت مرزی معمولاً در مقایسه با مادران بدون اختلال، در توصیف ویژگی‌ها و تجربه‌های کودک انسجام و تعادل کمتری دارند، رفتارهای کودک را خصمانه‌تر تفسیر می‌کنند و انتقادگری بیشتری نشان می‌دهند. این الگوهای ناکارآمد به بروز هیجانات و رفتارهای ناپایدار و گاه متناقض در خانواده منجر می‌شود و فضای ناامنی را برای رشد عاطفی کودکان فراهم می‌آورد (کاسیویسوانتان، لی، رائو و براودر[3]، ۲۰۲۵).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ضعف‌های ارتباطی این مادران با سطوح پایین‌تر کنش‌وری بازتابی والدینی مرتبط است (یونگ، کومستا و رینبرگ[4]، ۲۰۲۵). کنش‌وری بازتابی والدینی[5] به توانایی والدین در درک و تفسیر افکار، احساسات و نیات خود و فرزندشان و کاربرد این درک در پیش‌بینی و پاسخ به فرزندشان اشاره دارد (استوارت[6] و همکاران، ۲۰۲۵؛ اناو، رافائلی، لوینگر[7]، ۲۰۲۶). این مفهوم شامل دو بُعد درون‌فردی و بین‌فردی است (سیلی و گلوینسکی[8]، ۲۰۱۶). بُعد درون‌فردی به توانایی والد در تأمل و بازاندیشی به حالات ذهنی خود اشاره دارد، درحالی‌که بُعد بین‌فردی بیانگر ظرفیت والد برای درک و تفسیر حالات ذهنی کودک و نیز فهم چگونگی تأثیر متقابل حالات ذهنی والد و کودک در رفتار است (بتمن و فوناگی[9]، ۱۹۹۱).

والدینی که کنش‌وری بازتابی بیشتری دارند، می‌توانند رفتار کودک را در پیوند با حالات ذهنی زیربنایی او معنا کنند و در نتیجه، پاسخ‌هایی متناسب و تنظیم‌کننده ارائه دهند؛ موضوعی که به شکل‌گیری دلبستگی ایمن و رشد مطلوب خودتنظیمی هیجانی در کودک منجر می‌شود. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد کنش‌وری بازتابی والدینی با ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان کودک، کاهش رفتارهای ناسازگارانه و بهبود پیامدهای رشدی همراه است و به‌عنوان یکی از پیش‌بین‌های مهم سلامت عاطفی و رفتاری کودکان شناخته می‌شود (لویتن[10] و همکاران، ۲۰۱۷؛ استوارت و همکاران، ۲۰۲۵؛ ترپیاک، دنالت، بورائو[11]، ۲۰۲۵). ازاین‌رو، شناسایی و به‌کارگیری مداخلات مؤثرتر در این حوزه اهمیت کاربردی ویژه‌ای دارد.

رفتاردرمانی دیالکتیک[12] یکی از روش‌های روان‌درمانی مبتنی‌بر مهارت‌آموزی است که لینهان[13] آن را طراحی کرده و به‌طور گسترده‌ای به‌عنوان درمان اثربخش برای اختلال شخصیت مرزی شناخته شده است. این درمان رویکردی مبتنی‌بر تلفیق فلسفهٔ دیالکتیک، درمان شناختی‌رفتاری، ذهن‌آگاهی و اعتبارسنجی است که بر ایجاد تعادل میان پذیرش و تغییر تأکید دارد (لینهان، ۲۰۱۵). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک درکاهش بی‌ثباتی هیجانی (اورت و همکاران، ۲۰۲۵)، تکانشگری، رفتارهای خودآسیب‌رسان و افزایش تحمل پریشانی و بهبود عملکرد بین‌فردی (میلر[14]و همکاران، ۲۰۲۳؛ لی و ماو[15]، ۲۰۲۶) به‌طور گسترده مستند شده است (هال و همکاران[16]، ۲۰۲۶).

بااین‌حال، پژوهش‌ها دربارهٔ اثربخشی این درمان در حوزهٔ والدگری محدود است و مداخله‌ای یافت نشد که مستقیماً اثربخشی این درمان را در کنش‌وری بازتابی والدینی بررسی کند. پژوهش‌های غیرمستقیم روی متغیرهای مرتبط وجود دارد که تأثیر معنادار مداخله‌های فرزندپروری مبتنی‌بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش رضایت از والدگری، کاهش استرس (گرینر[17] و همکاران، ۲۰۲۵)، افزایش سطح ذهن‌آگاهی و بهبود سبک‌های فرزندپروری در والدین را تأیید می‌کنند (نظری و همکاران، ۱۴۰۴).

افزون‌بر این، رفتاردرمانی دیالکتیک با تأکید بر مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان و نیز استفاده از فرایندهایی مانند اعتباربخشی، می‌تواند به توانمندسازی فرد برای مشاهده و درک تجربه‌های درونی و توجه به حالات ذهنی خود و دیگران کمک کند (سویلز[18]، ۲۰۲۵). از این منظر، می‌توان فرض کرد که رفتاردرمانی دیالکتیک، از طریق تقویت این ظرفیت‌ها، زمینهٔ ارتقای کنش‌وری بازتابی مادران دارای رگه‌های اختلال شخصیت مرزی را فراهم کند.

درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی[19] یکی دیگر از رویکردهای اصلی و شواهدمحور برای اختلال شخصیت مرزی است که بتمن و فوناگی مطرح کرده‌اند و در نظریهٔ دلبستگی و مفهوم ذهنی‌سازی ریشه دارد و هدف آن بازسازی ظرفیت ذهنی‌سازی مراجع است. این درمان با ارزیابی ثبات هیجانی و سطح ذهنیت‌سازی آغاز می‌شود و سپس با رویکردی حمایتی، توانایی تفسیر هیجان‌ها، نیت‌ها و دیدگاه‌های دیگران را در بستر روابط دلبستگی بازسازی می‌کند (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶؛ بورلی[20] و همکاران، ۲۰۲۱).

پیشینهٔ پژوهشی بیانگر اثربخشی درمان ذهنی‌سازی در افزایش کنش‌وری بازتابی والدینی در مادران است (انسانی‌مهر و همکاران،

[1] American Psychiatric Association
[2] Dickson MC, Lambert, TL., & Skrepnek GH
[3] Kasiviswanathan K, Lee J, Rao S., & Broadbear JH
[4] Jung A, Kumsta R, Renneberg B,
[5] Parental Reflective Functioning
[6] Stuart AC
[7] Enav Y, Refaeli LB, Levinger I
[8] Sealy J, Glovinsky IP
[9] Bateman AW., & Fonagy P
[10] Luyten P
[11] Trepiak P, Deneault AA., & Bureau JF

[12] Dialectical Behavior Therapy
[13] Linehan M
[14] Miller AL
[15] Li Y., & Mao W
[16] Hall, A
[17] Grenyer BFS
[18] Swales MA
[19] Mentalization-Based Treatment
[20] Borelli, JL

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

۲۰۲۶). همچنین، پژوهش‌های غیرمستقیم روی متغیرهای مرتبط وجود دارد که نشان داده‌اند تقویت ذهنی‌سازی در والدین با اصلاح الگوهای شناختی ناکارآمد، افزایش نگرش مثبت به خود و فرزندان (روستا و همکاران، ۱۴۰۴)، کاهش استرس والدگری (شهریور سوسهاب، ۱۴۰۴) و افزایش تاب‌آوری والدینی (کافی‌نیا و همکاران، ۱۴۰۴) مرتبط است و سبب بهبود تعامل والد و کودک (زمان‌پور، ۲۰۲۵) می‌شود. این یافته‌ها مبنای تجربی را برای انتظار تأثیر درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی در بهبود کارکرد والدینی فراهم می‌کنند. از سوی دیگر، با توجه به اینکه کنش‌وری بازتابی والدینی به‌عنوان نمود کاربردی ظرفیت ذهنی‌سازی در تعاملات والد و کودک تعریف می‌شود (لوینتن و همکاران، ۲۰۱۷)، از منظر نظری نیز می‌توان انتظار داشت مداخله‌ای که مستقیماً در ارتقای ذهنی‌سازی متمرکز است، در بهبود کنش‌وری بازتابی والدینی نیز اثربخش باشد.

نوآوری نظری پژوهش حاضر در مقایسهٔ دو رویکرد مرجع در درمان اختلال شخصیت مرزی نهفته است که هریک در سطحی متفاوت از سازوکارهای تغییر، عمل می‌کنند. بااین‌حال، بخش عمدهٔ شواهد موجود مبنی‌بر اثربخشی این درمان‌ها، بر کاهش نشانه‌های بالینی متمرکزند (قادرنژاد و همکاران، ۱۴۰۱) و تعمیم مستقیم این یافته‌ها به بافت خاص والدگری، به‌ویژه در زمینهٔ کنش‌وری بازتابی والدینی، همچنان نیازمند پژوهش‌های نظام‌مند است. فقدان مطالعات مداخله‌ای متمرکز در مادران دارای رگه‌های شخصیت مرزی، درحالی‌که شیوع روبه‌گسترش آن با پیامدهای جدی برای سلامت روان مادر و کودک همراه است (کاسیویسوانتان، لی، رائو و براودر[1]، ۲۰۲۵)، شکاف دانشی معناداری ایجاد کرده است که از منظر نظری (تبیین سازوکار انتقال اثر درمان به حوزهٔ والدگری) و از منظر کاربردی (طراحی مداخلات پیشگیرانه برای کاهش انتقال بین‌نسلی آسیب‌های دلبستگی) اهمیت دارد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی بر کنش‌وری بازتابی والدینی در مادران با رگه‌های اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش‌شناختی، به‌صورت نیمه‌آزمایشی با طراحی پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل اجرا شد. جامعهٔ آماری پژوهش، تمامی مادران دارای رگه‌های اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناسی مناطق ۱، ۲ و ۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بودند. دلیل انتخاب این مناطق، سهولت دسترسی پژوهشگران به مراکز مشاوره و امکان هماهنگی با این مراکز برای اجرای نمونه‌گیری و پیگیری شرکت‌کنندگان در طول فرایند پژوهش بود. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج در مادران داوطلب بود. برای تعیین تعداد نمونه از نسخهٔ ۳. ۱. ۹. ۲ نرم‌افزار G*Power با سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای برآورد کمتر از ۲ درصد استفاده شد. حجم نمونه برای هر گروه پانزده نفر به دست آمد (باقری شیخانگفشه و همکاران، ۱۴۰۴؛ کانگ[2]، ۲۰۲۱). بنابراین نمونهٔ مورد مطالعه شامل ۴۵ شرکت‌کننده بود که به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش؛ (رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی) و یک گروه کنترل قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: رضایت آگاهانهٔ مکتوب شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش، داشتن رگه‌های اختلال شخصیت مرزی برطبق ابزار غربالگری شخصیت لیشنرینگ (نمرهٔ بالای ۱۰)، داشتن حداقل یک فرزند زیر دوزاده سال، مصرف‌نکردن مواد مخدر و داروهای روان‌پزشکی، نداشتن فرزندی با عقب‌ماندگی ذهنی یا اختلالات جسمی یا روانپزشکی مزمن، مبتلانبودن به اختلال روان‌پزشکی شدید و حاد نیاز به درمان فوری. معیارهای خروج از این پژوهش نیز عبارت بودند از: شرکت‌نکردن در بیش از دو جلسهٔ درمان، قطع درمان به هر دلیل، بودن در فرایند طلاق یا تجربهٔ فوت همسر حین درمان. این ملاک‌ها براساس اطلاعات خودگزارشی شرکت‌کنندگان در پرسش‌نامهٔ جمعیت‌شناختی با هدف کنترل متغیرهای مداخله‌گر و کاهش عوامل مخدوش‌کنندهٔ نتایج در نظر گرفته شدند؛ زیرا می‌توانند به‌طور مستقل در متغیر موردبررسی اثر بگذارند و تفسیر اثربخشی مداخلات را با ابهام مواجه کنند.

پس از اعلام فراخوان در کلینیک‌های روان‌شناسی، ۸۱ نفر از مادران داوطلب در مرحلهٔ غربالگری اولیه شرکت کردند. در این مرحله، پرسش‌نامهٔ جمعیت‌شناختی و ابزار غربالگری (پرسش‌نامهٔ شخصیت مرزی لیشنرینگ، ۱۹۹۹) در اختیار آنان قرار گرفت. از میان افراد غربال‌شده، ۵۶ نفر با احراز معیارهای ورود و کسب نمرهٔ بالاتر از ۱۰ واجد رگه‌های اختلال شخصیت مرزی شناسایی شدند و برای شرکت در پژوهش دعوت شدند. پس از ارائهٔ توضیحات لازم دربارهٔ اهداف و روند اجرای پژوهش، ۴۷ نفر رضایت‌نامهٔ آگاهانهٔ شرکت در مطالعه را امضا کردند. بااین‌حال، پیش از آغاز فرایند اجرایی پژوهش، ۲ نفر از ادامهٔ مشارکت انصراف دادند و در نهایت، ۴۵ نفر وارد مرحلهٔ اجرای پژوهش شدند.

در ادامه، به هریک از شرکت‌کنندگان کدی اختصاص داده شد. سپس، شرکت‌کنندگان با استفاده از جدول اعداد تصادفی و به‌صورت تصادفی در سه گروه کنترل، رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی تخصیص یافتند. تخصیص افراد تا

[1] Kasiviswanathan K, Lee J, Rao S., & Broadbear JH

[2] Kang H.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

تکمیل ظرفیت ازپیش‌تعیین‌شدهٔ هر گروه ادامه یافت؛ به‌گونه‌ای که در هر گروه پانزده نفر قرار گرفتند.

قبل از شروع جلسات درمان، هر سه گروه پرسش‌نامهٔ پیش‌آزمون شامل ابزار سنجش کنش‌وری بازتابی را پر کردند. در مرحلهٔ بعد، هر گروه در جلسات درمانی مربوط به خود شرکت کردند. جلسات درمانی به‌صورت گروهی، هفته‌ای یک‌بار و به‌مدت نود دقیقه برگزار شد. درمان‌ها براساس پروتکل استاندارد رفتاردرمانی دیالکتیک (لینهان، ۲۰۱۵)، که جزئیات مربوط به جلسات در جدول ۱ آورده شده است و درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶) تنظیم شد که در جدول ۲ جزئیات مربوط به آن آورده شده است. شرکت‌کنندگان گروه کنترل در طول دورهٔ اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخلهٔ روان‌شناختی دریافت نکردند و تنها ارزیابی‌های پژوهش را تکمیل کردند. این تصمیم به‌منظور مقایسهٔ تغییرات ناشی از مداخله با روند طبیعی متغیرها و افزایش اعتبار درونی پژوهش اتخاذ شد. بااین‌حال، به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان جمع‌آوری داده‌ها، محتوای آموزشی مداخله در قالب فایل آموزشی در اختیار شرکت‌کنندگان گروه کنترل قرار گرفت و در صورت تمایل، امکان بهره‌مندی آنان از خدمات درمانی نیز فراهم بود.

مداخلات پژوهش را کاندیدای دکتری روان‌شناسی بالینی انجام داد که پیش از آغاز مطالعه، دوره‌ها و آموزش‌های تخصصی مرتبط با رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی را گذرانده بود و صلاحیت و تجربهٔ لازم را برای اجرای این مداخلات داشت. به‌منظور حفظ یکنواختی اجرای مداخلات، تمامی جلسات براساس پروتکل‌های استاندارد و ازپیش‌تدوین‌شده برگزار و اجرای دقیق آن‌ها در طول مطالعه به‌طور مستمر پایش و نظارت شد. پس از پایان دورهٔ درمان، همهٔ شرکت‌کنندگان مجدداً در پس‌آزمون شرکت و ابزار سنجش کنش‌وری بازتابی را مجدد پر کردند. همچنین، برای بررسی پایداری اثر درمان، در مرحلهٔ پیگیری سه‌ماهه نیز پرسش‌نامه برای بار سوم اجرا شد. ارزیابی شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر عهدهٔ فردی مستقل از درمانگر بود که از تخصیص گروهی شرکت‌کنندگان آگاهی نداشت. بنابراین، کورسازی در مرحلهٔ ارزیابی رعایت شد.

در نهایت، داده‌های پژوهش با استفاده از نسخهٔ ۲۷ نرم‌افزار SPSS تجزیه‌وتحلیل شد و داده‌ها در قالب یافته‌های توصیفی و استنباطی ارائه شدند. در قسمت توصیفی، فراوانی و درصد فراوانی برای متغیرهای اسمی و ترتیبی و میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای فاصله‌ای و نسبی گزارش شدند. در بخش استنباطی، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از روش تحلیل واریانس آمیختهٔ چندمتغیره استفاده شد. همچنین آزمون تعقیبی بونفرونی[1] به‌منظور مقایسهٔ بین گروه‌ها، از آزمون‌های تحلیل واریانس تک‌متغیره آمیخته برای کاوش بیشتر نتایج و به منظور مقایسهٔ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌ها از آزمون مجذور کای استفاده شد. در تمامی تحلیل‌های آماری سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. محتوای جلسات رفتاردرمانی دیالکتیک

جلسه	مهارت	محتوای جلسه
پیش‌جلسه	مصاحبهٔ اولیه	معرفی اولیه، ایجاد رابطهٔ درمانی، توضیح فرایند درمان، قوانین
جلسهٔ اول	معرفی درمان دیالکتیک	توضیح مفهوم تعادل بین پذیرش و تغییر، تشریح رویکرد دیالکتیک
جلسهٔ دوم	ذهن‌آگاهی ۱	آموزش سه حالت ذهن (ذهن منطقی، هیجانی و خردمند) تمرین فعال‌سازی ذهن خردمند
جلسهٔ سوم	ذهن‌آگاهی ۲	مهارت‌های مشاهده، توصیف و حضور در لحظه، تمرین‌های عینی شامل مشاهده تجربه هیجانی
جلسهٔ چهارم	تنظیم هیجان ۱	تعریف هیجان، معرفی انواع هیجان‌های اصلی، شناسایی چرخهٔ رویداد ـ فکر ـ هیجان
جلسهٔ پنجم	تنظیم هیجان ۲	بررسی هیجان در نقش مادری، پذیرش هیجان منفی، ایجاد هیجان مثبت و تقویت کنترل هیجانی
جلسهٔ ششم	تنظیم هیجان ۳	آموزش مدیریت هیجان‌های شدید و جایگزینی پاسخ‌های سازگارانه‌تر با واکنش‌های تکانشی
جلسهٔ هفتم	تحمل آشفتگی ۱	آموزش توقف، مشاهده و خودآرام‌سازی، مدیریت بحران بدون تشدید هیجان
جلسهٔ هشتم	تحمل آشفتگی ۲	بررسی پیامدهای رفتاری در تعامل والد و فرزند، هدایت توجه از نشخوار فکری به لحظهٔ حال
جلسهٔ نهم	تحمل آشفتگی ۳	پذیرش آگاهانه، تحلیل زنجیرهٔ رفتار با موضع غیرقضاوتی
جلسهٔ دهم	ارتباط مؤثر ۱	شناسایی سبک‌های ناسالم ارتباطی والد و فرزند، گوش‌دادن فعال، توصیف و ابراز احساسات
جلسهٔ یازدهم	ارتباط مؤثر ۲	تقویت عزت‌نفس، تعیین مرزها، آموزش مهارت‌های حفظ و بهبود روابط، تمرین‌های نقش‌آفرینی
جلسهٔ دوازدهم	ارتباط مؤثر ۳	حل تعارضات بین فردی، آموزش حل مسئله در موقعیت های تنش‌زای والدگری

[1] Bonferroni

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۲. محتوای جلسات درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی

جلسه	مهارت‌های آموزش	محتوای جلسه
پیش جلسه	مصاحبهٔ اولیه	معرفی اولیه، ایجاد اتحاد درمانی، قوانین و چهارچوب درمانی
جلسهٔ اول	ذهنی‌سازی	آموزش مفهوم ذهنی‌سازی، تبیین نقش حالات ذهنی در رفتار مادر و کودک
جلسهٔ دوم	تمایز ذهن	تمایزیافتگی خود ـ دیگری، کاهش هم‌جوشی هیجانی، تمرین عملی در یک تعارض
جلسهٔ سوم	بررسی دلبستگی	تأثیر الگوهای دلبستگی بر والدگری، بازسازی روایت متفاوت از رفتار کودک
جلسهٔ چهارم	افزایش انعطاف شناختی	چنددیدگاهی در تعارض (خود، کودک، ناظر)، بازنویسی یک تعارض از سه دیدگاه
جلسهٔ پنجم	برانگیختگی هیجانی	نام‌گذاری هیجان‌ها، پایش سطح برانگیختگی، ارتباط استرس با کاهش ذهنی‌سازی
جلسهٔ ششم	تقویت تنظیم هیجان	تحلیل زنجیرهٔ هیجانی، فروپاشی ذهنی‌سازی، مکث و پاسخ ذهنی‌ساز
جلسهٔ هفتم	ذهنی‌سازی و خشم	درک خشم بدون شخصی‌سازی، کار روی موقعیت‌های نافرمانی کودک و ایجاد چند تبیین احتمالی
جلسهٔ هشتم	ذهنی‌سازی رابطه	پیشگیری از مثلث‌سازی کودک، تحلیل نیت‌ها بدون قطعیت، درک متقابل‌بودن ذهن‌ها
جلسهٔ نهم	کاهش شرم	پیوند شرم مرزی و فرسودگی، بازسازی گفت‌وگوی درونی، ثبت افکار خودانتقادی
جلسهٔ دهم	بازسازی روایت بین‌فردی	بازتاب و بازنویسی روایت، تحلیل یک تعارض گذشته و بازسازی آن با تمرکز بر حالات ذهنی
جلسهٔ یازدهم	ثبیت موضع ذهنی‌ساز	طراحی «نقشهٔ فروپاشی ذهنی‌سازی شخصی، حفظ انعطاف‌پذیری شناختی ـ هیجانی
جلسهٔ دوازدهم	تثبیت مهارت‌ها	تدوین برنامهٔ مقابله با استرس و تثبیت عملی مهارت‌ها

ابزار

پرسش‌نامهٔ شخصیت مرزی[1]

برای شناسایی و ارزیابی رگه‌های اختلال شخصیت مرزی در شرکت‌کنندگان، از پرسش‌نامهٔ شخصیت مرزی (BPI) بهره گرفته می‌شود. این ابزار را لیشرینگ به‌منظور سنجش ویژگی‌ها و نشانه‌های مرتبط با اختلال شخصیت مرزی در گروه‌های بالینی و غیربالینی طراحی کرده است (لیشرینگ، ۱۹۹۹). پرسش‌نامهٔ مذکور از ۵۳ عبارت تشکیل شده و پاسخ‌دهندگان به هر گویه با گزینه‌های درست (۱ نمره) یا نادرست (۰ نمره) پاسخ می‌دهند. ساختار پرسش‌نامه بر پایهٔ ملاک‌های تشخیصی DSM و چهارچوب نظری سازمان‌یافتگی شخصیت مرزی تدوین شده و ابعاد گوناگونی از این اختلال، مانند نوسانات هیجانی، ترس از طرد، مشکلات هویت شخصی و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی ابتدایی مانند انکار و فرافکنی، را در بر می‌گیرد. تحلیل روان‌سنجی نشان می‌دهد که نمره‌های بالاتر از ۱۰، حساسیت و ویژگی مطلوبی در تشخیص وجود رگه‌های اختلال شخصیت مرزی دارد و نمرات کمتر از ۱۰ به معنای نبود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی است (لیشرینگ، ۱۹۹۹؛ زعفران‌چی، ۱۴۰۳). لیشرینگ در پژوهش خود ضرایب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۱ گزارش کرده که نشان‌دهندهٔ پایایی مطلوب این پرسش‌نامه است (لیشرینگ، ۱۹۹۹). در ایران نیز روایی این ابزار به‌ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ برای سه نوع اعتبار بازآزمایی، تصنیفی و همسانی درونی به دست آمده که نشان‌دهندهٔ اعتبار مناسب آن در جامعهٔ ایرانی است (محمدزاده و رضایی، ۱۳۹۰). پایایی این پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسش‌نامهٔ کنش‌وری بازتابی والدین[2]

به‌منظور ارزیابی ظرفیت والدین در درک، تفسیر و بازنمایی حالات ذهنی خود و فرزندشان، از پرسش‌نامهٔ کنش‌وری بازتابی والدین (PRFQ) استفاده می‌شود. این ابزار را لوینتن، فوناگی و مایز[3] طراحی کرده‌اند و مشتمل بر ۱۸ گویه است که براساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای، از کاملاً مخالفم (۰ نمره) تا کاملاً موافقم (۶ نمره) نمره‌گذاری می‌شود. برخی از گویه‌های این ابزار (گویهٔ ۱۱ و ۱۸) به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند تا از بروز سوگیری پاسخ‌دهی پیشگیری شود. این پرسش‌نامه سه بعد کلیدی از کنش‌وری بازتابی را می‌سنجد: علاقه به حالات ذهنی کودک و کنجکاوی دربارهٔ آن (سؤالات ۳، ۶، ۹، ۱۲، ۱۵ و ۱۸)، اطمینان به حالات ذهنی (سؤالات ۲، ۵، ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۷)، پیش‌ذهنی‌سازی (سؤالات ۱، ۴، ۷، ۱۰، ۱۳ و ۱۶). نمرات بالاتر در مؤلفهٔ علاقه و کنجکاوی و نمرات پایین‌تر در مؤلفه پیش‌ذهنی‌سازی نشانهٔ سطح بالاتری از کنش‌وری بازتابی والدین است (لویتن و همکاران، ۲۰۱۷).

[1] Borderline Personality Inventory; BPI
[2] Parental Reflective Functioning Questionnaire; PRFQ
[3] Luyten P, Nijssens L, Fonagy P & Mayes LC

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

مطالعات روی نمونه‌های والدین خارجی، روایی سازهٔ سه‌عاملی و پایایی درونی رضایت‌بخش این ابزار را تأیید کرده‌اند (استوارت و همکاران، ۲۰۲۵). ضرایب آلفای کرونباخ در نسخه فارسی این مقیاس ۰/۷۵، ۰/۸۹و ۰/۹۰ به‌ترتیب برای مؤلفه‌های علاقه و کنجکاوی، اطمینان به حالات ذهنی و پیش‌ذهنی‌سازی به دست آمد. همچنین، پایایی بازآزمایی زیرمقیاس‌ها با دامنهٔ هم‌بستگی ۰/۹۲ تا ۹۷/ را گزارش کرده‌اند (اسماعیلی‌نسب و همکاران، ۱۴۰۰) که مؤید پایایی و اعتبار مناسب این ابزار در جامعهٔ ایرانی است. پایایی این پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۹۰ به دست آمد.

نتایج

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که شرکت‌کنندگان به‌طور متوسط ۷/۳۷ ± ۳۴/۶۰ ساله بودند، به‌طور متوسط در ۴/۷۷ ± ۲۳/۳۶ سالگی ازدواج کرده بودند و به‌مدت ۵/۱۴ ± ۱۰/۲۲ سال زندگی مشترک داشتند. آن‌ها به‌طور متوسط در ۵/۴۴ ± ۲۷/۶۷ سالگی برای اولین بار باردار شده بودند و به‌طور متوسط دو فرزند داشتند. از نظر وضعیت شغلی، ۲۶ نفر (۵۷/۸ درصد) از مادران خانه‌دار و بقیه شاغل بودند. نهایتاً اینکه از نظر وضعیت تحصیلی ۸ نفر (۱۷/۸ درصد) از شرکت‌کنندگان مدرک دیپلم، ۹ نفر (۲۰/۰ درصد) مدرک کاردانی، ۱۶ نفر (۳۵/۶ درصد) مدرک کارشناسی، ۸ نفر (۱۷/۸ درصد) مدرک کارشناسی ارشد و ۴ نفر (۸/۹ درصد) مدرک دکتری داشتند.

همچنین میانگین نمرهٔ رگه‌های شخصیت مرزی مادران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر ۲/۸۹ ± ۱۴/۸۰ (انحراف معیار ± میانگین) بود که نشان‌دهندهٔ برآورده‌شدن این ملاک ورود است. به‌منظور بررسی همگنی گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، برای متغیرهای کمی از تحلیل واریانس یک‌راهه و برای متغیرهای طبقه‌ای از آزمون مجذور خی استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت آماری معناداری بین سه گروه پژوهش در این متغیرها وجود نداشت (p>۰/۰۵) و گروه‌ها از لحاظ این متغیرهای جمعیت‌شناختی همگن بودند. در ادامه، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به‌تفکیک گروه و مرحلهٔ سنجش در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر کنش‌وری بازتابی والدینی و ابعاد آن در مادران با رگه‌های شخصیت مرزی به‌تفکیک گروه و مرحلهٔ سنجش

متغیر	مرحلهٔ سنجش	رفتاردرمانی دیالکتیک		درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی		کنترل		همگونی در پیش‌آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نمرهٔ کل کنش‌وری بازتابی والدین	پیش‌آزمون	۶۶/۵۳	۶/۲۸	۶۴/۹۳	۴/۸۰	۶۸/۶۷	۸/۲۷	F=۱/۲۰۶ p=۰/۳۰۹
	پس‌آزمون	۸۱/۰۷	۶/۳۲	۹۰/۸۷	۵/۰۵	۶۹/۷۳	۷/۲۵	
	پیگیری	۷۹/۴۰	۶/۸۷	۸۹/۱۳	۵/۳۴	۶۹/۷۳	۷/۴۳	
زیرمقیاس علاقه و کنجکاوی	پیش‌آزمون	۲۰/۶۷	۳/۳۳	۱۹/۴۰	۳/۳۶	۲۲/۰۷	۳/۹۰	F=۲/۱۳۲ p=۰/۱۳۱
	پس‌آزمون	۲۵/۶۷	۳/۳۱	۲۸/۴۷	۳/۶۲	۲۲/۱۳	۳/۹۳	
	پیگیری	۲۵/۰۰	۳/۴۸	۲۷/۸۰	۳/۵۱	۲۲/۲۰	۳/۸۲	
زیرمقیاس اطمینان	پیش‌آزمون	۲۳/۶۷	۲/۹۷	۲۲/۸۷	۲/۳۶	۲۳/۱۳	۲/۶۱	F=۰/۳۵۲ p=۰/۷۰۵
	پس‌آزمون	۲۸/۳۳	۲/۶۶	۳۰/۷۳	۱/۷۹	۲۳/۸۷	۲/۸۰	
	پیگیری	۲۷/۸۷	۲/۷۰	۳۰/۱۳	۱/۸۱	۲۳/۶۰	۲/۵۹	
زیرمقیاس پیش‌ذهنی‌سازی	پیش‌آزمون	۲۵/۸۰	۳/۳۸	۲۵/۳۳	۳/۳۵	۲۶/۰۰	۳/۲۵	F=۰/۱۵۸ p=۰/۸۵۴
	پس‌آزمون	۲۰/۹۳	۳/۵۹	۱۶/۳۳	۳/۶۲	۲۵/۷۳	۳/۲۰	
	پیگیری	۲۱/۴۷	۳/۶۶	۱۶/۸۰	۳/۷۸	۲۵/۶۷	۲/۹۴	

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، روند تغییر میانگین‌ها در طول زمان عموماً حاکی از افزایش کنش‌وری بازتابی در گروه‌های درمانی پس از درمان بود. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌راهه روی نمره‌های پیش‌آزمون نشان داد که پیش از شروع درمان، در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود نداشت (p>۰/۰۵). بنابراین، گروه‌ها در شروع مطالعه از نظر متغیرهای مورد بررسی همگن بودند.

پیش از انجام تحلیل واریانس آمیخته، به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، ابتدا پیش‌فرض‌های آماری آن بررسی شدند (تاباچنیک[1] و همکاران، ۲۰۱۸). بررسی پیش‌فرض توزیع بهنجار با آزمون شاپیروویلک[2] نشان داد که متغیرها دارای توزیع بهنجار

[1] Tabachnick, BG
[2] Shaprio-Wilk

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

بودند (p>۰/۰۵)، بررسی پیش‌فرض همگونی واریانس با آزمون لوین[1] نشان داد که در هیچ‌یک از آزمون‌های انجام‌شده، بین واریانس خطای گروه‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵). بررسی پیش‌فرض کرویت با آزمون ماچلی[2] نشان‌دهندهٔ نقض این پیش‌فرض در همهٔ متغیرها بود (p<۰/۰۵). بر این اساس، برای تحلیل نتایج حاصل از تحلیل واریانس در همهٔ متغیرها از تصحیح گرینهاوس-گیسر[3] استفاده شد تا سوگیری احتمالی مرتفع شود. در نهایت اینکه به‌دلیل نقض پیش‌فرض همگونی ماتریس کوواریانس که با آزمون ام-باکس[4] معنادار مشخص شد (Box's M=۸۰/۹۱۷، $F_{(۴۲، ۵۲۳۶/۹)}$=۱/۴۸۸، p=۰/۰۱۱)، از آمارهٔ اثر پیلایی برای تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است که در برابر نقض این پیش‌فرض خدشه‌ناپذیری زیادی دارد (تاباچنیک[5] و همکاران، ۲۰۱۸). در مجموع، با بررسی پیش‌فرض‌ها و تصحیح‌های صورت‌گرفتهٔ آماری، شرایط لازم برای اجرای تحلیل واریانس آمیختهٔ چندمتغیره فراهم شد.

به‌منظور جلوگیری از تورم خطای نوع اول، ابتدا آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد. نتایج این آزمون حاکی از معناداری عامل زمان (V =۰/۹۸۴، $F_{(۷، ۳۶)}$=۲۳۲/۲۴۰، p<۰/۰۰۱، η^2=۰/۹۸۴)، معناداری عامل گروه (V =۰/۶۸۰، $F_{(۸، ۸۰)}$=۵/۱۵۲، p<۰/۰۰۱، η^2=۰/۳۴۰) و مهم‌تر از همه، معناداری تعامل زمان و گروه (V =۱/۱۱۵، $F_{(۱۴، ۷۴)}$=۶/۶۶۱، p<۰/۰۰۱، η^2=۰/۵۵۸) بود. پس از اطمینان از معناداری آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، آزمون‌های تحلیل واریانس تک‌متغیره به‌طور جداگانه روی نمرهٔ کل و ابعاد کنش‌وری بازتابی انجام شد. نتایج مربوطه در جدول ۴ ارائه شده‌اند.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته تک‌متغیره روی نمرهٔ کل کنش‌وری بازتابی و ابعاد آن در مادران با رگه‌های شخصیت مرزی

متغیر	عامل زمان			عامل گروه			تعامل زمان و گروه		
	F	P	η^2	F	P	η^2	F	p	η^2
نمرهٔ کل	۱۲۵۷/۲۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۶۸	۱۳/۸۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۷	۳۴۲/۴۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۲
علاقه	۷۲۵/۹۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۵	۲/۸۳۹	۰/۰۷۰	۰/۱۱۹	۲۲۳/۰۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۹۱۴
اطمینان	۲۰۷/۹۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۲	۱۳/۹۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۰	۴۷/۵۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۹۴
پیش‌ذهنی‌سازی	۵۵۶/۴۶۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۰	۱۳/۱۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۴	۱۶۰/۳۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۸۴

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، عامل زمان، عامل گروه (به‌جز در زیرمقیاس علاقه) و مهم‌تر از همه، تعامل زمان و گروه در نمرهٔ کل کنش‌وری و همهٔ ابعاد آن معنادار بود (p<۰/۰۰۱). معناداری اثر مهم تعامل در تحلیل آمیختهٔ حاکی از الگوی متفاوت تغییر نمره‌های گروه‌ها در طول زمان است. بنابراین، برای بررسی دقیق‌تر این اثر تعامل معنادار، آزمون تعقیبی بونفرونی روی مقایسه‌های زوجی انجام شد. همچنین، به‌منظور تعیین میزان بزرگی تفاوت‌های مشاهده‌شده در مقایسه‌های زوجی، اندازهٔ اثر با استفاده از شاخص d کوهن محاسبه شد. برای محاسبهٔ d کوهن، تفاوت میانگین دو گروه در هر مقایسه بر انحراف معیار تجمیعی آن‌ها تقسیم شد. نتایج در جدول ۵ ارائه شدند.

جدول ۵. نتایج مربوط به آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی روند تغییر میانگین‌های نمرهٔ کل کنش‌وری بازتابی و ابعاد آن در مادران با رگه‌های شخصیت مرزی

[1] Levene
[2] Mauchly
[3] Greenhouse-Geisser
[4] M-Box
[5] Tabachnick, BG

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

متغیر	مرحله	مقایسهٔ DBT و کنترل			مقایسهٔ MBT و کنترل			مقایسهٔ DBT و MBT		
		MD	p	d کوهن	MD	P	d کوهن	MD	p	d کوهن
نمرهٔ کل	پس‌آزمون	۱۱/۳۳	<۰/۰۰۱	۱/۶۷	۲۱/۱۳	<۰/۰۰۱	۳/۳۸	-۹/۸۰	<۰/۰۰۱	-۱/۷۱
	پیگیری	۹/۶۶	<۰/۰۰۱	۱/۳۵	۱۹/۴۰	<۰/۰۰۱	۲/۹۸	-۹/۷۳	<۰/۰۰۱	-۱/۵۸
علاقه	پس‌آزمون	۳/۵۳	۰/۰۳۲	۰/۹۷	۶/۳۳	<۰/۰۰۱	۱/۶۷	-۲/۸۰	۰/۱۲۲	-۰/۸۰
	پیگیری	۲/۸۰	۰/۰۴۸	۰/۷۶	۵/۶۰	<۰/۰۰۱	۱/۵۲	-۲/۷۰	۰/۱۱۸	-۰/۸۰
اطمینان	پس‌آزمون	۴/۴۶	<۰/۰۰۱	۱/۶۵	۶/۸۶	<۰/۰۰۱	۲/۹۲	-۲/۴۰	۰/۰۳۲	-۱/۰۵
	پیگیری	۴/۲۶	<۰/۰۰۱	۱/۶۱	۶/۵۳	<۰/۰۰۱	۲/۹۲	-۲/۲۶	۰/۰۳۹	-۰/۹۸
پیش‌ذهنی‌سازی	پس‌آزمون	-۴/۸۰	۰/۰۰۱	-۱/۴۱	-۹/۴۰	<۰/۰۰۱	-۲/۷۵	۴/۶۰	۰/۰۰۲	۱/۲۷
	پیگیری	-۴/۲۰	۰/۰۰۶	-۱/۲۶	-۸/۸۶	<۰/۰۰۱	-۲/۶۱	۴/۶۶	۰/۰۰۲	۱/۲۵

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، میانگین نمره‌های کل کنش‌وری بازتابی و تمامی ابعاد آن در مرحلهٔ پس‌آزمون، در هر دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی به‌صورت معناداری در مقایسه با گروه کنترل بهبود یافته بود و این بهبود در مرحلهٔ پیگیری نیز حفظ شده بود (p<۰/۰۵). این موضوع نشان‌دهندهٔ اثربخشی هر دو درمان در بهبود این سازه است. مقایسهٔ اثربخشی دو درمان نیز نشان داد که درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی در مرحلهٔ پس‌آزمون، در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیک در زمینهٔ بهبود نمرهٔ کل کنش‌وری بازتابی و زیرمقیاس‌های اطمینان در مقایسه با حالات ذهنی و پیش‌ذهنی‌سازی اثربخشی بیشتری داشت و این اثربخشی برتر را در مرحلهٔ پیگیری نیز حفظ کرده (p<۰/۰۵). بااین‌حال، بین اثربخشی این درمان‌ها در بهبود زیرمقیاس علاقه و کنجکاوی در مقایسه با حالات ذهنی، تفاوت معناداری مشاهده نشد (p>۰/۰۵).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی بر کنش‌وری بازتابی والدینی در مادران با رگه‌های شخصیت مرزی انجام شد. یافتهٔ به‌دست‌آمده مبنی‌بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک برکنش‌وری بازتابی با پژوهش‌های (گیلز[1] و همکاران، ۲۰۲۴؛ معروفی و همکاران، ۲۰۲۵؛ نظری و همکاران، ۱۴۰۴) همسو است. در جهت تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از ویژگی‌های بنیادین اختلال شخصیت مرزی، ناتوانی در تنظیم هیجان (ازا و همکاران، ۲۰۲۵) و دشواری در ذهن‌خوانی سازگارانه‌ی رفتارهای دیگران است (لینهان، ۲۰۱۵؛ دوی، بهولا، چندرا[2]، ۲۰۲۴) چنین الگوهایی می‌تواند مانع از توانایی والد در درک دقیق حالات ذهنی کودک شود؛ زیرا پاسخ‌های هیجانی شدید غالباً باعث می‌شود مادر به‌جای بازتاب ذهنی کودک، واکنش‌های هیجانی خودش را محور قرار دهد.

رفتاردرمانی دیالکتیک با ترکیب تکنیک‌های شناختی‌رفتاری و تمرین‌های ذهن‌آگاهی به والدین کمک می‌کند تا بین تجربهٔ هیجانی و پاسخ رفتاری خود فاصله ایجاد کنند (نظری و همکاران، ۱۴۰۴) و بتواند لحظات هیجانی را بدون بازداری یا واکنش فوری مشاهده کند. این حالت ذهنی به والد امکان می‌دهد به‌جای واکنش‌های تکانشی ناشی از پیش‌ذهنی‌سازی، دربارهٔ حالات ذهنی کودک فکر کند (هال و همکاران، ۲۰۲۵).

به عقیدهٔ شاور، کنش‌وری بازتابی با ذهن‌آگاهی هم‌پوشانی دارد؛ زیرا هر دو فرایند به منابع شناختی برای مشاهدهٔ آشکار افکار، نیازها و احساسات خود و دیگری نیاز دارند. از این منظر، اساس فرزندپروری ذهن‌آگاهانه شامل تمرین آگاهی لحظه‌به‌لحظه از افکار و احساسات خود و کودک و همچنین شامل تعلیق انتساب‌های قضاوتی از طریق نوعی موضع باز و پذیرا و مشارکت در رفتارهای فرزندپروری هدفمندتر است.

ذهن‌آگاهی به والدین امکان می دهد تا با حضوری آگاهانه در تعامل با فرزندان خود، نگرشی مبتنی‌بر پذیرش، مهربانی و شفقت را پرورش دهند. این فرایند از طریق افزایش علاقه‌مندی به توجه به حالات ذهنی کودک، پاسخ‌دهی همدلانه، بهبود کیفیت ارتباط و مدیریت مؤثر خشم تسهیل می‌شود (شاور[3]، ۲۰۰۷). این مهارت‌ها می‌توانند از تفسیرهای غیرمنطبق با واقعیت بکاهند و والد را به برداشت‌های شناختی سازگارتر و بهبود کنش‌وری بازتابی سوق دهند (مارکو و همکاران، ۲۰۲۴؛ اسلد و اسلید، ۲۰۲۴).

یافتهٔ به‌دست‌آمده مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی بر کنش‌وری بازتابی با پژوهش‌های (انسانی‌مهر و همکاران، ۲۰۲۶؛ جول و همکاران، ۲۰۲۵؛ کرمانی و همکاران، ۲۰۲۵؛ روستا و همکاران، ۱۴۰۴؛ لوندر و همکاران، ۲۰۲۳) همسو است.

در جهت تبیین اثربخشی درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی در بهبود کنش‌وری بازتابی می‌توان گفت که از ویژگی‌های اصلی مادران دارای رگه‌های مرزی، آسیب‌پذیری در ذهنی‌سازی به‌ویژه در

[1] Giles A
[2] Devi KD, Bhola P., & Chandra PS
[3] Shaver, P. R

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

موقعیت‌های دلبستگی است. شواهد نشان می‌دهد که افراد با رگه‌های شخصیت مرزی در شرایط فشار هیجانی یا در شرایط استرس‌زای دلبستگی، مانند گریه یا نافرمانی کودک، دچار «فروپاشی ذهنی‌سازی» می‌شوند و رفتار دیگران، ازجمله کودک، را بیشتر به‌صورت تهدید یا طردکننده تفسیر می‌کنند. این الگو موجب کاهش توانایی والد برای درک ذهن کودک و در نتیجه، افت کنش‌وری بازتابی والدینی می‌شود (یونگ، کومستا و رینبرگ، ۲۰۲۵؛ شفقتی امام، ۱۴۰۴).

سازوکارهای اختصاصی درمان ذهنی‌سازی در اصلاح پردازش شناختی‌هیجانی و بازسازی ظرفیت ذهنی‌سازی در این گروه دقیقاً بر همین نقطه تمرکز دارد و تلاش می‌کند حالت‌های پیش‌ذهنی‌سازی و برداشت‌های قطعی و هیجانی را کاهش دهد و انعطاف شناختی را در معنابخشی به رفتار کودک افزایش دهد. در نتیجه، مادران می‌آموزند حالت ذهنی کودک را بازنمایی و رفتار او را در چهارچوب نیازهای هیجانی‌اش تفسیر کنند. این فرایند به‌طور مستقیم ظرفیت بازتابی والدینی را تقویت می‌کند (انسانی‌مهر و همکاران، ۲۰۲۶)

همچنین، این درمان با تقویت «آگاهی هیجانی دوطرفه» موجب می‌شود والد بتواند کودک را به‌عنوان فردی دارای ذهن مستقل تجربه کند و میان هیجان‌های خود و کودک تمایز قائل شود. این توانایی یکی از پایه‌های اصلی کنش‌وری بازتابی است که از شکل‌گیری سوءبرداشت‌های منفی دربارهٔ رفتار کودک جلوگیری می‌کند (لوینتن و همکاران، ۲۰۱۷). مادران دارای رگه‌های مرزی در ابتدای درمان اغلب رفتار کودک را با الگوهای دلبستگی ناایمن و ترس از طرد تفسیر می‌کنند، اما ذهنی‌سازی درمانی به آنان کمک می‌کند معنای هیجانی رفتار کودک را دقیق‌تر درک کنند (لوینتن و همکاران، ۲۰۱۷).

در این زمینه، مطالعات اخیر نشان داده‌اند که مداخلات گروهی مبتنی‌بر ذهنی‌سازی برای والدین، حتی در قالب برنامه‌های کوتاه‌مدت، موجب افزایش معنادار ظرفیت بازتابی و بهبود کیفیت تعامل والد و کودک می‌شود. این برنامه‌ها از طریق تمرین‌های تعاملی و گفت‌وگوهای بازتابی، والدین را به‌سمت بررسی ذهن کودک پیش از نتیجه‌گیری قطعی هدایت می‌کنند. چنین تجربه‌هایی به تثبیت کنش‌وری بازتابی در موقعیت‌های واقعی زندگی کمک می‌کند (کرمانی و همکاران، ۲۰۲۵). درمجموع، می‌توان چنین نتیجه گرفت که اثربخشی درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی در پژوهش حاضر ناشی از آن بوده است که این درمان به‌جای آموزش مستقیم مهارت‌های رفتاری والدگری، ظرفیت زیربنایی مادران برای درک ذهن کودک، تمایز هیجان در رابطهٔ دلبستگی و کاهش تحریف‌های شناختی را بازسازی کرده و در نتیجه، کنش‌وری بازتابی والدینی آنان به‌طور معناداری ارتقا یافته است.

در تبیین مهم‌ترین یافتهٔ این پژوهش، یعنی برتری درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی بر رفتاردرمانی دیالکتیک در بهبود کنش‌وری بازتابی، می‌توان گفت گرچه هر دو رویکرد در کاهش نشانه‌های مرزی اثربخشی قابل‌توجهی نشان داده‌اند، سازوکارهای تغییر در این دو مداخله از لحاظ نظری متمایز است. رفتاردرمانی دیالکتیک عمدتاً بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تحمل آشفتگی و اثربخشی بین‌فردی تمرکز دارد (لینهان، ۲۰۱۵). از این منظر، بهبود کنش‌وری بازتابی والدینی می‌تواند پیامدی غیرمستقیم از افزایش تنظیم هیجانی و کاهش تکانش‌گری باشد؛ بدین معنا که ثبات هیجانی بیشتر ممکن است امکان پاسخ‌دهی سنجیده‌تر به کودک را فراهم آورد (اورت و همکاران، ۲۰۲۵). در مقابل، درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی به‌طور مستقیم ارتقای ظرفیت ذهنی‌سازی را هدف قرار می‌دهد. در این چهارچوب، درمان بر حفظ موضع «ذهن در ذهن»، کاوش مشترک تجربه‌های هیجانی و بازسازی پیوند میان حالات ذهنی و رفتار و بازسازی دلبستگی متمرکز است. ازآنجاکه کنش‌وری بازتابی والدینی به‌طور مفهومی امتداد کاربردی ظرفیت ذهنی‌سازی در رابطهٔ والد و کودک محسوب می‌شود (استوارت و همکاران، ۲۰۲۵)، می‌توان انتظار داشت مداخله‌ای که مستقیماً این سازه را هدف قرار می‌دهد، در بهبود آن کارآمدتر عمل کند.

در جهت تبیین دیگر برای اثربخشی بیشتر درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی در پژوهش حاضر، می‌توان به سطح شدت آسیب‌شناسی در نمونهٔ مورد مطالعه اشاره کرد. شرکت‌کنندگان این پژوهش واجد تشخیص قطعی اختلال شخصیت نبودند، بلکه در سطح رگه‌های شخصیت مرزی قرار داشتند. این تمایز از منظر سازوکارهای درمانی اهمیت دارد. در مواردی که اختلال به‌صورت کامل و با شدت زیاد تثبیت شده است، بی‌ثباتی هیجانی شدید، رفتارهای تکانشی و بحران‌های مکرر ممکن است نیازمند مداخلات ساختاریافته‌تر و مهارت‌محور مانند رفتاردرمانی دیالکتیک باشد که مستقیماً تنظیم هیجان و کنترل رفتار را هدف قرار می‌دهد (گیلس و همکاران، ۲۰۲۴). بااین‌حال، در سطوح زیرآستانه‌ای و در حضور «رگه‌های» مرزی، ممکن است فروپاشی‌های شدید رفتاری و هیجانی کمتر باشد و ظرفیت‌های بنیادی شخصیت هنوز انعطاف‌پذیرتر باقی مانده باشند. در چنین شرایطی که تمرکز درمانی از «مهار بحران» به «تقویت ظرفیت‌های رابطه‌ای» جابه‌جا می‌شود، مداخله‌ای که مستقیماً ظرفیت ذهنی‌سازی را بازسازی و تقویت می‌کند، فرصت بیشتری برای فعال‌سازی و گسترش این ظرفیت‌های نسبی فراهم می‌آورد. ازآنجاکه کنش‌وری بازتابی والدینی امتداد کاربردی توانایی ذهنی‌سازی در رابطهٔ والد و کودک است، تقویت این ظرفیت در مرحله‌ای که ساختار شخصیت هنوز به‌طور کامل تثبیت و سخت نشده، ممکن است با اثربخشی بیشتری همراه باشد. بنابراین، برتری مشاهده‌شده را می‌توان نه به برتری مطلق یک رویکرد، بلکه به تناسب نسبی سازوکار درمان با سطح

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

شدت آسیب‌شناسی و ماهیت متغیر پیامد (کنش‌وری بازتابی والدینی) نسبت داد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخلهٔ رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی بر ابعاد کنش‌وری بازتابی والدینی در مادران با رگه‌های شخصیت مرزی تأثیر دارند. بااین‌حال، اثربخشی درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی بیشتر بود.

پژوهش حاضر با چند محدودیت مواجه بود. نخست، نمونهٔ پژوهش صرفاً شامل مادران دارای رگه‌های شخصیت مرزی ساکن تهران بود. ازاین‌رو، تعمیم‌پذیری نتایج به زنان روستایی و شهرهای کوچک، والدین دارای تشخیص قطعی بالینی اختلال شخصیت مرزی یا دیگر گروه‌های بالینی و غیربالینی با احتیاط همراه است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی دربارهٔ جمعیت‌های وسیع‌تر مطالعه کنند. دوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی می‌تواند تحت‌تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی، ازجمله تمایل به پاسخ‌های مطلوب اجتماعی شرکت‌کنندگان، قرارگیرد. لذا، استفادهٔ هم‌زمان از مصاحبهٔ ساختاریافته برای اندازه‌گیری متغیرها پیشنهاد می‌شود. در نهایت، یافته‌های این پژوهش با تمرکز بر کنش‌وری بازتابی والدینی، شواهد معناداری دربارهٔ نقش درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی در ارتقای ظرفیت‌های درون‌روانی والدین فراهم کرد.

در امتداد این نتایج، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با بهره‌گیری از طرح‌های طولی، چندسطحی و نیز سنجش‌های چندمنبعی سازوکارهای انتقال این تغییرات را به سطح تعامل والد و کودک بررسی و پیامدهای آن را بر کیفیت رابطه و کارکردهای هیجانی و تحولی کودک تحلیل کنند. چنین جهت‌گیری پژوهشی می‌تواند به تبیین مدل‌های علی منسجم و توسعهٔ چهارچوب‌های مداخله‌ای جامع در حوزهٔ درمان مبتنی‌بر ذهنی‌سازی برای والدین دارای رگه شخصیت مرزی بینجامد. همچنین، در قالب پیشنهاد کاربردی، متخصصان حوزهٔ سلامت روان می‌توانند از یافته‌های این پژوهش به‌عنوان پشتوانه‌ای علمی در طراحی مداخلات روان‌درمانی متمرکز بر بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی مادران و نیز در تدوین بسته‌های فرزندپروری استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام مسئولان و استادان محترم و نیز مادران محترم شرکت‌کننده در پژوهش که با اختصاص وقت گران‌بهای خویش، یاری‌گر پژوهش حاضر بودند، کمال قدردانی و تشکر را داریم. این پژوهش هیچ‌گونه حامی مالی ندارد.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی گزارش نمی‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر، حاصل رسالهٔ دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی نویسندهٔ اول در واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران است و در کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن با کد (IR.IAU.R.REC.1405.002) به تصویب رسیده است. این پژوهش با رعایت کامل اصول و موازین اخلاق مطابق بیانیهٔ هلسینکی (انجمن جهانی پزشکی، ۲۰۱۳) اجرا شد. پیش از ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه، اطلاعات کامل و شفافی دربارهٔ اهداف پژوهش، روش اجرا، مدت‌زمان مشارکت، منافع احتمالی و خطرهای قابل پیش‌بینی به آنان ارائه و رضایت‌نامهٔ آگاهانه به‌صورت داوطلبانه اخذ شد.

REFERENCE

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5th ed, text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425787
2. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide. Oxford: Oxford University Press; 2016. DOI: 10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001
3. Bateman AW, Fonagy P, editors. Handbook of mentalizing in mental health practice. 2nd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2019. DOI: 10.1176/appi.books.9781615379019
4. Bagheri Sheykhangafshe F, Savabi Niri V, Azizrousta S, Saeedi Moghadam F, Fathi-Ashtiani A. The effectiveness of group dialectical behavior therapy on the tolerance of ambiguity, childhood trauma, and external shame in women with trichotillomania disorder. Journal of Applied Psychological Research. 2025;16(3):69-87. DOI: 10.22059/japr.2025.381624.644998
5. Borelli JL, Stern JA, Marvin MJ, Smiley PA, Pettit C, Samudio M. Reflective functioning and empathy among mothers of school-aged children: charting the space between. Emotion. 2021;21(4):783-800. DOI: 10.1037/emo0000747
6. Cohen L, Manion L, Morrison K. Research methods in education. 8th ed. London: Routledge; 2018. DOI: 10.4324/9781315456539
7. Devi KD, Bhola P, Chandra PS. Uncertain reflective functioning, anxious attachment, and cumulative impact of early relational trauma as predictors of severity in borderline personality disorder. Ind Psychiatry J. 2024;33(2):245-252. DOI: 10.4103/ipj.ipj_350_24
8. Dickson MC, Lambert TL, Skrepnek GH. Parents with borderline personality disorder. In: Bennett G, Goodall E, editors. The Palgrave encyclopedia of disability. Cham: Springer Nature Switzerland; 2026. p. 3788-3800. DOI: 10.1007/978-3-032-11375-7_611
9. Enav Y, Barel Refaeli L, Levinger I. Parental reflective functioning: a study of siblings in families with autistic versus typically developing children. Res Dev Disabil. 2026;168:105194. DOI: 10.1016/j.ridd.2025.105194
10. Esmaeilinasab M, Hajihashemi S. Parental mentalizing and emotion regulation: validity and reliability of the Persian version of the Parental Reflective Functioning Questionnaire. Clinical Psychology: Research and Practice Innovations. 2021;13(1):89-100. DOI: 10.22075/jcp.2021.21795.2008
11. Everett Y, Frigoletto OA, O'Brien JR, Byrd AL, Stepp SD, Zalewski M. How mothers with severe emotion dysregulation use DBT skills in parenting contexts: observational coding of

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

skills use in a DBT skills training group. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2025;12(1):5. DOI: 10.1186/s40479-025-00279-2
12. Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran GS, Higgitt AC. The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. Infant Ment Health J. 1991;12(3):201-218. DOI: 10.1002/1097-0355
13. Ghadernejad M, Etemadinia M, Farshbaft Mani Sefat F. Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and the combination of dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy in improving the symptoms of people with borderline personality disorder. Nursing and Midwifery Journal. 2022;20(4):312-323. DOI: 10.52547/unmf.20.4.312
14. Giles A, Sved Williams A, Webb S, Drioli-Phillips P, Winter A. A thematic analysis of the subjective experiences of mothers with borderline personality disorder who completed Mother-Infant Dialectical Behaviour Therapy: a 3-year follow-up. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2024;11(1):25. DOI: 10.1186/s40479-024-00269-w
15. Grenyer BFS, van Schie CC, Bartsch DR, Cooke-O'Connor L, Kleinig D, Steele KR, et al. Supporting parents with borderline personality disorder through a parenting group intervention: a randomized controlled trial. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2025;12(1):38. DOI: 10.1186/s40479-025-00305-3
16. Hall A, Gregg L, O'Ceallaigh B, Wittkowski A. Transdiagnostic patient experiences of dialectical behavioural therapy: a systematic review and metasynthesis. Front Psychiatry. 2025;16:1640341. DOI: 10.3389/fpsyt.2025.1640341
17. Jung A, Kumsta R, Renneberg B, Schneider S, Heinrichs N. Maternal assessments of family climate in mother-child dyads: investigating the role of maternal borderline personality disorder in mental representations. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2025;12(1):36. DOI: 10.1186/s40479-025-00306-2
18. Juul S, Jakobsen JC, Hestbaek E, Jørgensen CK, Olsen MH, Rishede M, et al. Short-term versus long-term mentalization-based therapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial (MBT-RCT). Psychother Psychosom. 2023;92(5):329-339. DOI: 10.1159/0005342891
19. Kafinia F, Sharifi T, Ghazanfari A. Comparing the effectiveness of compassion-based mindfulness therapy and mentalization on the feelings of shame of mothers of educable intellectual disability children in Farsan. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal. 2025;14(1):125-134. Link
20. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G*Power software. J Educ Eval Health Prof. 2021;18:17. DOI: 10.3352/jeehp.2021.18.17
21. Kasiviswanathan K, Lee J, Rao S, Broadbear JH. Navigating parenthood in people living with borderline personality disorder: a meta-ethnography. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2025;12(1):22. DOI: 10.1186/s40479-025-00291-6
22. Kermani N, Farahbakhsh K, Zare Bahramabadi M, Kalantar Hormoz A, Zamanpour E. Designing a parent training program for enhancing parent-child relationships based on mentalization theory, and examination of its effectiveness on parental reflective functioning, emotional regulation, and parenting stress. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2025;23(2):233-245. Link
23. Lavender SR, Waters CS, Hobson CW. The efficacy of group delivered mentalization-based parenting interventions: a systematic review of the literature. Clin Child Psychol Psychiatry. 2023;28(2):761-784. DOI: 10.1177/13591045221113392
24. Leichsenring F. Development and first results of the Borderline Personality Inventory: a self-report instrument for assessing borderline personality organization. J Pers Assess. 1999;73(1):45-63. DOI: 10.1207/S15327752JPA730104
25. Li Y, Mao W. Effect of dialectical behavior therapy on affective symptoms in borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2026;360:117055. DOI: 10.1016/j.psychres.2026.117055
26. Linehan MM, Wilks CR. The course and evolution of dialectical behavior therapy. Am J Psychother. 2015;69(2):97-110. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.97
27. Luyten P, Nijssens L, Fonagy P, Mayes LC. Parental reflective functioning: theory, research, and clinical applications. Psychoanal Study Child. 2017;70(1):174-199. DOI: 10.1080/00797308.2016.1277901
28. Marco S, Mayoral M, Hervás G. Dialectical behavioral skills group therapy for parents of adolescents with borderline personality disorder: a pilot study. Clin Child Psychol Psychiatry. 2024;29(3):913-927. DOI: 10.1177/13591045231177329
29. Maroufi EV, Abed M, Shariat A. The effect of dialectical behaviour therapy on self-management, distress tolerance and feeling of loneliness of patients with bipolar disorder with a history of psychiatric hospitalization. Clin Psychol Psychother. 2025;32(4):e70141. DOI: 10.1002/cpp.70141
30. Miller AL, Gerardi N, Mazza JJ, Dexter-Mazza E, Graling K, Rathus JH. Delivering comprehensive school-based dialectical behavior therapy (CSB-DBT). Psychol Sch. 2023;60(8):2762–81. DOI: 10.1002/pits.22887
31. Mohammadzadeh A, Rezaei A. Validation of the borderline personality inventory in Iran. Int J Behav Sci. 2011;5(3):269-277. Link
32. Nazari F, Bakhtiyari M, Golestani Fard M, Kianimoghadam AS, Mohajerin Iravani B, Farahani H. Investigating the efficacy of a dialectical behavioral therapy-based parenting intervention: a randomized controlled trial. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2025;31(1):E4377.3. DOI: 10.32598/ijpcp.30.4377.3
33. Oza R, Debnath M, Ghosh A. Systematic review of parenting and outcome experienced by children of parents of borderline disorder. Journal of Contemporary Clinical Practice. 2025;11(6):16-24. DOI: 10.61336/jccp/25-06-03
34. Roosta P, Bahreinian A, Ahi G, Ghanifar M. The impact of mentalization-based treatment on object relations and emotional expression in conflicted mother-child relationships. Nursing and Midwifery Journal. 2024;22(5):341-351. DOI: 10.61186/unmf.22.5.341
35. Shaver PR, Lavy S, Saron CD, Mikulincer M. Social foundations of the capacity for mindfulness: an attachment perspective. Psychol Inq. 2007;18(4):264-271. DOI: 10.1080/10478400701598389
36. Sealy J, Glovinsky IP. Strengthening the reflective functioning capacities of parents who have a child with a neurodevelopmental disability through a brief, relationship-focused intervention. Infant Ment Health J. 2016;37(2):115-124. DOI: 10.1002/imhj.21557
37. Shafaghi Omam M, Mohammadi Shirmahaleh F, Taghilu S. Prediction of borderline personality trait based on childhood trauma with the mediation of reflective functioning and emotional schemas in Islamic Azad University students of Karaj Branch. Journal of Health Promotion Management. 2025;14(3):12-26. Link
38. Shahrivar Sosahab A, Narimani M, Taghizadeh Hir S. The effectiveness of mentalization-based therapy on emotion regulation and parenting stress in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of Cognition, Behavior, Learning. 2025;2(2):1-12. DOI: 10.61838/jcbl.2.2.14
39. Slade A, Sleed M. Parental reflective functioning on the Parent Development Interview: a narrative review of measurement, association, and future directions. Infant Ment Health J. 2024;45(4):464-480. DOI: 10.1002/imhj.22114
40. Stuart AC, Egmose I, Wendelboe KI, Smith-Nielsen J, Væver MS. Validating the Parental Reflective Functioning Questionnaire-Infant Version using a Rasch model. Infant Ment Health J. 2025;46(4):445-458. DOI: 10.1002/imhj.70004
41. Stuhrmann LY, Göbel A, Bindt C, Mudra S. Parental reflective functioning and its association with parenting behaviors in infancy and early childhood: a systematic review. Front Psychol. 2022;13:765312. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.765312
42. Swales MA. Dialectical behaviour therapy: curriculum, training, and clinician guide. In: The Palgrave handbook of third-wave psychotherapies. Cham: Springer Nature

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

Switzerland; 2025. p. 195-216. DOI: 10.1007/978-3-032-00353-9_9
43. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 7th ed. Harlow: Pearson; 2018. Link
44. Trepiak P, Deneault AA, Bureau JF. A systematic review and meta-analysis of parental mentalization in fathers and mothers. Infant Ment Health J. 2025;46(4):406-423. DOI: 10.1002/imhj.70001
45. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013;310(20):2191-2194. DOI: 10.1001/jama.2013.281053
46. Zamanpour Z. A review of the book Working with Parents in Therapy: A Mentalization-Based Approach. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2025;24(6):571-574. DOI: 10.61882/jrums.24.6.571
47. Zitzmann J, Georg A, Rosenbach C, Renneberg B. "If I could read your mind…": parental mentalizing in mothers with borderline personality disorder. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2025;12(1):20. DOI: 10.1186/s40479-025-00290-7

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]