مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۴، بهمن ۱۴۰۴، ۱۰۵۸-۱۰۴۱

اثربخشی روش درمان هویت نوجوان بر نشانه‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری نوجوانان: یک مطالعه نیمه‌تجربی

عباس تدینی[۱]، حمید یعقوبی[۲]، لیلا حیدری‌نسب[۳]

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۱۱ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۴/۱۰/۰۹ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۴/۱۱/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: اختلال شخصیت مرزی در نوجوانی با نشانه‌هایی چون آشفتگی هویت و تکانشگری همراه است و در صورت عدم درمان به موقع، می‌تواند به الگوهای پایدار آسیب‌زا در بزرگسالی منجر شود. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان هویت نوجوان (Adolescent Identity Treatment; AIT) بر نشانه‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری در نوجوانان بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، آزمون میانی و پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان ۱۸–۱۶ ساله شهرستان شیروان با نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود که ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدف مند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) گمارده شدند. در گروه آزمایش، ۲۵ جلسه فردی AIT برای نوجوانان و ۷ جلسه فردی برای والدینشان اجرا شد، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای گردآوری داده‌ها، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات بالینی، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت و پرسش‌نامه بالینی نوجوانان Millon بودند. داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که AIT منجر به کاهش معنادار نشانه‌های شخصیت مرزی و آشفتگی هویت در مراحل آزمون میانی و پس‌آزمون می‌شود (P<۰/۰۰۱). در زمینه تکانشگری نیز تفاوت معنادار تنها در مرحله پس‌آزمون مشاهده شد (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که AIT، در کاهش نشانه‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری نوجوانان ۱۸–۱۶ ساله مؤثر است. بنابراین، می‌توان از این درمان به‌عنوان رویکردی کارآمد برای مداخله در نوجوانان دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان هویت نوجوان، شخصیت مرزی، آشفتگی هویت، تکانشگری

ارجاع: تدینی ع، یعقوبی ح، حیدری‌نسب ل. اثربخشی روش درمان هویت نوجوان بر نشانه‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری نوجوانان: یک مطالعه نیمه‌تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۴، دوره ۲۴، شماره ۱۱، صفحات: ۱۰۵۸-۱۰۴۱.

۱- کاندیدای دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲- (نویسنده مسئول) دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

تلفن: ۰۲۱۵۱۲۱۲۴۶۸، پست الکترونیکی: hyaghubi@shahed.ac.ir

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

مقدمه

نوجوانی یکی از حساس‌ترین مراحل تحول انسان است که با دگرگونی‌های زیستی، شناختی و هیجانی-اجتماعی همراه بوده است و تجربه‌های آن می‌تواند اثرات پایدار بر رشد هویت، تنظیم هیجان و روابط بین‌فردی داشته باشد (۲، ۱). در این دوره، نوجوانان در جستجوی معنا و هویت خود هستند و تحت فشارهای اجتماعی، خانوادگی و فرهنگی قرار دارند که می‌تواند زمینه‌ساز نوسان‌های هیجانی، سردرگمی هویتی و رفتارهای تکانشی شود (۳). از این رو، پرورش هویتی منسجم یکی از جنبه‌های اساسی رشد در این مرحله محسوب می‌شود (۴).

یکی از مؤلفه‌های مهم در آسیب‌شناسی نوجوانان مبتلا به مشکلات هویتی، بروز تکانشگری (Impulsivity) است (۵). ویژگی‌ای که اغلب به صورت رفتارهای ناگهانی، تصمیم‌گیری‌های بدون فکر و بدون توجه به عواقب و ناتوانی در مهار هیجان‌ها بروز می‌کند (۶). بر اساس شواهد علمی موجود میزان شیوع تکانشگری در نوجوانان حدود ۲۰ درصد است (۷). بر اساس یک فراتحلیل جدید مشخص شده است که تکانشگری با رفتارهای خودجرحی نوجوانان که یکی از ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder) است همبستگی مثبت دارد (۸).

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ویرایش پنجم (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; DSM-5) در اختلال شخصیت مرزی، آشفتگی هویت (Identity Disturbance) به صورت یک خودانگاره بسیار ضعیف، رشدنایافته یا ناپایدار بروز می‌کند. از نظر Kernberg آشفتگی در هویت بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موجب می‌شود که آن‌ها در یکپارچه‌سازی جنبه‌های مثبت و منفی خود و دیگران ناتوان باشند و در نتیجه در روابط بین فردی و تمرکز بر اهداف و علائق شکست بخورند (۹). در این راستا، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ضعف در شکل‌گیری هویت منسجم منجر به رفتارهای ناسازگارانه، احساس پوچی مزمن و فقدان کنترل تکانه شود که می‌تواند نشانه‌هایی از اختلال شخصیت مرزی باشد (۱۰). در پژوهشی حدود ۱۰/۶ درصد از نوجوانان در نمونه مورد بررسی آشفتگی هویت داشتند (۱۱).

اختلال شخصیت مرزی یکی از اختلال‌های مهم اما اغلب مغفول در دوران نوجوانی است و شواهد کنونی بر ضرورت تشخیص و درمان زودهنگام این اختلال در دوره نوجوانی و ارزیابی درمان‌های نوین تأکید می‌کنند (۱۲).به طوری که، در پژوهشی میزان شیوع اختلال شخصیت مرزی در نوجوانان ۸/۷ درصد بوده است (۱۳). بر اساس نسخه تجدیدنظر شده DSM-5 برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی، بیمار باید حداقل پنج ملاک از نه ملاک ذکر شده از جمله آشفتگی هویت و تکانشگری را داشته باشد (۱۴).

با توجه به نقش محوری آشفتگی هویت در اختلال شخصیت مرزی، رویکرد درمان هویت نوجوان (Adolescent Identity Treatment; AIT) توسط Pamela Foelsch و همکارانش به طور خاص برای اختلال شخصیت مرزی طراحی شد (۱۰). در پژوهشی جدید AIT با رفتار درمانی دیالکتیک (Dialectical Behavior Therapy; DBT) در نوجوانان ۱۳ تا ۱۹ ساله مقایسه شد و نتایج آن نشان داد که هر دو درمان در کاهش نشانه‌های شخصیت مرزی مؤثر هستند (۵). درمان هویت نوجوان بر اساس نظریه روابط موضوعی و مفاهیم روان‌درمانی متمرکز بر انتقال طراحی شده است و هدف آن کمک به نوجوان برای دستیابی به مفهوم منسجم‌تر از خود و دیگران است. در AIT علاوه بر کار مستقیم با

CCBY-NC.4.0 DEED

نوجوان، آموزش روانی، تکالیف رفتاری و مشارکت فعال والدین نیز مورد توجه قرار می‌گیرد. شفاف‌سازی، روبه‌روسازی و تفسیر از تکنیک‌های محوری این درمان‌اند و به نوجوان کمک می‌کنند تعارض‌های درونی خود را بازشناسی کند و ظرفیت ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان را بازیابد (۱۵).

بر اساس راهنمای عملی مبتنی بر شواهد منتشر شده توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا در سال ۲۰۲۱، عمل در روان‌درمانی باید بر پایه بهترین شواهد پژوهشی، تخصص بالینی، و ویژگی‌ها و ترجیحات فرهنگی و شخصی مراجعان انجام شود؛ بنابراین، بررسی اثربخشی مداخلات درمانی در بافت فرهنگی و اجتماعی هدف گامی اجتناب‌ناپذیر برای اجرای بالینی آن‌ها است (۱۶). با وجود معرفی AIT به‌عنوان رویکردی اختصاصی برای نوجوانان دارای ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی (۱۵)، تاکنون شواهد بومی درباره اثربخشی این درمان در ایران گزارش نشده است. این خلأ پژوهشی، ضرورت انجام مطالعه حاضر را برای ارزیابی اثربخشی AIT بر نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری در نوجوانان ایرانی برجسته می‌سازد. بر این اساس، هدف مطالعه حاضر تعیین میزان اثربخشی AIT بر نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری در نوجوانان دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، آزمون میانی و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان ۱۶ تا ۱۸ ساله شهرستان شیروان (دومین شهر پرجمعیت استان خراسان شمالی) که نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ داشتند بود.

برای تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power، نسخه 3.1.9.2 استفاده شد. با توجه به طرح پژوهش که آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود، محاسبه حجم نمونه بر اساس این آزمون انجام گرفت. اندازه اثر مورد انتظار با توجه به پژوهش‌های پیشین مشابه در حوزه مداخلات روان‌شناختی و نیز بر اساس معیارهای پیشنهادی کوهن، برابر با F=۰/۲۵ (اندازه اثر متوسط) در نظر گرفته شد. سطح معناداری آزمون α=۰/۰۵ و توان آماری مطلوب (Power =۰/۸۰) تعیین گردید. هم‌چنین، نسبت حجم نمونه در دو گروه برابر در نظر گرفته شد. بر اساس این پارامترها، نرم‌افزار G*Power حداقل حجم نمونه مورد نیاز را ۳۰ نفر برآورد کرد که به شیوه نمونه‌گیری هدف‌مند و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی ساده و با استفاده از روش قرعه‌کشی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) گمارده شدند. سپس گروه آزمایش AIT را دریافت کردند، اما برای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای انجام نشد.

ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: نوجوانان ۱۶ تا ۱۸ ساله، وجود سه یا چهار معیار از معیارهای اختلال شخصیت مرزی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های شخصیت، نمره از ۷۵ تا ۸۴ در مقیاس‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری پرسش‌نامه Millon نوجوان، رضایت‌نامه والدین برای ورود به پژوهش. ملاک‌های خروج نیز شامل دریافت روان‌درمانی یا درمان دارویی، داشتن سایر اختلالات شخصیت (اسکیزوئید، پارانوئید، نمایشی و غیره)، اعتیاد به مواد به جزء سیگار، داشتن افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی، اختلال اضطراب جدایی، تغییر شخصیت به دلیل یک وضعیت پزشکی دیگر، اختلال خلقی دوقطبی، اختلال هویت تجزیه‌ای، اختلال

CCBY-NC.4.0 DEED

افسردگی اساسی، بیش از سه جلسه غیبت متوالی یا بیش از پنج جلسه غیبت متناوب، بودند.

در این پژوهش پس از انتخاب داوطلبانه آزمودنی‌ها و اخذ رضایت آگاهانه، سایر موارد اخلاق حرفه‌ای پژوهش از جمله محرمانه بودن تمام اطلاعات، رازداری، حق انصراف در هر مرحله از پژوهش رعایت شده است. پژوهش حاضر در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه شاهد با کد IR.SHAHED.MED.REC.1404.035 تصویب شده است. هم چنین، جهت رعایت اخلاق پژوهش پس از اتمام پس‌آزمون، AIT برای گروه کنترل اجرا شده است.

با توجه به این‌که اجراءکننده پژوهش و درمانگر، سرگروه مشاوران آموزش‌وپرورش شهرستان شیروان بودند، نمونه‌هایی با احتمال دارا بودن شرایط ورود به پژوهش، از جانب مشاوران مدارس و مشاوران مرکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان شیروان به درمانگر ارجاع داده می‌شدند و درمانگر نیز در دفتر مشاوره خود، نمونه‌ها را مورد بررسی قرار می‌داد. هم‌چنین، برای انتخاب نمونه‌ها به مدارس نیز مراجعه می‌شد. زمان بررسی و انتخاب نمونه‌ها بهمن ماه ۱۴۰۳ بوده است (۷ تا ۱۲صبح در مدارس و ساعت ۱۶ تا ۲۰ در دفتر مشاوره). برای جلب رضایت نوجوانان و والدین‌شان، اطلاعات کافی در مورد پژوهش، رازداری، محرمانه بودن و رعایت اخلاق حرفه‌ای ارائه می‌شد و به هرگونه ابهامات آن‌ها پاسخ داده می‌شد. هم‌چنین، به آن‌ها این اطمینان داده می شد که در هر مرحله از پژوهش امکان انصراف را خواهند داشت.

پژوهش حاضر در دفتر مشاوره درمانگر که دارای پروانه اشتغال از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره و پژوهش‌گر دکتری روان‌شناسی بالینی می‌باشند در شهرستان شیروان (چهار تا شش روز در هفته، از ساعت ۱۶ تا ۲۰) اجرا شد. درمانگر هشت سال سابقه مشاوره و درمان نوجوانان را داشته است و برای اجرای دقیق AIT، محتوای درمانی از کتاب راهنمای این درمان (۱۵) را به فارسی ترجمه نمود و در پنج جلسه آموزشی آنلاین زیر نظر یکی از اعضای تیم اصلی تدوین درمان شرکت کرد تا از اجرای وفادارانه مداخله اطمینان حاصل کند. درمان هویت نوجوان به مدت شش ماه در بیست و پنج جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هفتگی به صورت فردی برای نوجوانان و هفت جلسه دونفره به مدت ۴۵ دقیقه برای والدینشان (ماه اول سه جلسه و سپس هر ماه یک جلسه) در گروه آزمایش زیر نظر استاد راهنما اجراء شد، اما برای گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. قبل از اجرای مداخله، بعد از سه ماه از شروع مداخله و پس از شش ماه از شروع مداخله (پایان مداخله) پرسش‌نامه Millon نوجوان به صورت خودگزارشی اجرا شد. هم چنین قبل از اجرای مداخله، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات بالینی و شخصیت به شیوه مصاحبه توسط درمانگر اجراء شد تا ملاک‌های ورود و خروج بررسی شوند. لازم به ذکر است که در گروه آزمایش یک نفر پس از یک ماه و نیم و یک نفر دیگر پس از دو ماه بنا به دلایل شخصی و خانوادگی از پژوهش خارج شدند، بنابراین تحلیل نهایی بر روی ۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل انجام شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل اطلاعات سن، جنسیت، سطح تحصیلات، تعداد اعضای خانواده، درآمد خانواده، شغل و سطح تحصیلات والدین بود.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های روانی DSM-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders; SCID-5): SCID-5-CV، یک مصاحبه بالینی ساختاریافته برای

CCBY-NC.4.0 DEED

تشخیص اختلالات روانی بر اساس DSM-5 می‌باشد که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا منتشر شده است و ملاک‌های هر اختلال روانی را در قالب سؤالات مشخصی در خود جای داده است و پژوهش‌های مختلفی درباره آن انجام شده است (۱۶). بیشتر سؤالات این مصاحبه را می‌توان با دو کلمه «بله» و «خیر» پاسخ داد. مصاحبه‌گر بعد از پایان مصاحبه، برگه خلاصه امتیازدهی تشخیصی را که شامل تشخیص‌های DSM-5 است را پر می‌کند (۱۷). در پژوهشی مشخص شده است که این مصاحبه برای تشخیص‌های طبقه بندی‌های مختلف دارای روایی و پایایی قابل قبولی است و همسانی درونی از ۰/۹۵ تا ۰/۹۹ بوده است، پایایی بازآزمایی از ۰/۶۰ تا ۰/۷۹ بوده است و پایایی کاپا از ۰/۵۷ تا ۰/۷۲ بوده است (۱۸).

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت (Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders; SCID-5-PD): SCID-5-PD یک مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت است که توسط انجمن روان پزشکی آمریکا منتشر شده است. این مصاحبه بر اساس DSM-5 می‌باشد و ملاک‌های اختلالات شخصیت را در قالب سؤالاتی مشخص در خود جای داده است و پژوهش‌های مختلفی در رابطه با آن انجام شده است. این مصاحبه وجود ده اختلال شخصیت اصلی DSM-5 را در افراد بررسی می‌کند (۱۹). در پژوهشی در ایران، ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این مصاحبه بررسی شده و پژوهش‌گران به این نتیجه رسیدند که این مصاحبه ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برای تشخیص اختلالات شخصیت به‌جزء اختلال شخصیت اسکیزوئید دارد. در این پژوهش میزان تطابق تشخیص‌های مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت با تشخیص‌های روان‌پزشکان به عنوان استاندارد طلایی در تشخیص‌های اختلال شخصیت پارانوئید، اسکیزوتایپال، اسکیزوئید، وسواس فکری عملی، هیستریونیک، خودشیفته، مرزی و ضداجتماعی بیشتر از ۰/۴ کاپا بوده است که نشان‌دهنده توافق خوب است. اختلال شخصیت مرزی با ۰/۸۳۹ کاپا بیشترین توافق را داشته است. هم‌چنین، ضریب فی بین مصاحبه اول و دوم نشان داده است که این ابزار برای همه اختلالات شخصیت به‌جزء اختلال شخصیت اسکیزوئید و سایر اختلالات شخصیت، پایایی آزمون-بازآزمون خوبی دارد. در این پژوهش C value برای همه اختلالات شخصیت به‌جزء سایر اختلالات شخصیت از ۰/۵۳۱ تا ۱ بوده است (۲۰).

پرسش‌نامه بالینی نوجوانان Millon (The Millon Adolescent Clinical inventory; MACI): پرسش‌نامه بالینی نوجوانان Millon توسط Millon و Davis در سال ۱۹۹۳ منتشر شد و Mian و Grossman در سال ۲۰۰۸ نحوه تفسیر کدهای شخصیتی آن را مورد تجدید نظر قرار داده اند. این پرسش‌نامه ۱۶۰ سؤال دارد که به صورت «بله» یا «خیر» پاسخ داده می‌شوند. پرسش‌نامه در مجموع ۳۱ مقیاس دارد که به چهار بخش مختلف تقسیم می‌شود. مقیاس‌های گرایش مرزی با ۱۹ سؤال، آشفتگی هویت با ۲۵ سؤال و گرایش تکانشگری با ۱۸ سؤال از جمله مقیاس‌های این پرسش‌نامه می‌باشند. برای تفسیر پرسش‌نامه، باید نمرات نرخ پایه (Base Rate; BR) را مدنظر قرار داد. نمرات BR از ۶۰ تا ۷۴ نشان دهنده آن است که برخی موضوعات مشکل‌ساز برای نوجوان وجود دارد. اما به طور کلی فقط نمرات BR بالاتر از ۷۵ دارای معنای قابل توجهی هستند. نمرات BR از ۷۵ تا ۸۴ نشان دهنده فضایی حل نشده و مشکل‌ساز برای نوجوان است. نمرات BR ۸۵ یا بالاتر نشان دهنده آن است که احتمالاً یک فضای اصلی وجود دارد و دال بر وجود نشانگان قوی بالینی است

CCBY-NC.4.0 DEED

(۲۱). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در پژوهشی در ایران بر روی یک نمونه ۷۶۶ نفری از نوجوانان سنین ۱۳ تا ۱۹ سال بررسی شده است و نتایج آن نشان دهنده آن است که این پرسش‌نامه قابلیت اجرا بر روی نوجوانان ایرانی را دارد. در این پژوهش شاخص پایایی این ابزار برای بخش الگوهای شخصیت ۰/۸۱، برای بخش نگرانی‌های ابراز شده ۰/۸۴ و برای بخش نشانگان بالینی ۰/۸۵ بوده است. هم‌چنین، در این پژوهش برای بررسی روایی سازه این پرسش‌نامه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است و اشتراکات استخراجی عوامل از ۰/۵۰۰ تا ۰/۷۹۶ بوده است (۲۲). در پژوهش حاضر پایایی کل پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳، برای مقیاس گرایش مرزی ۰/۷۶، برای مقیاس آشفتگی هویت ۰/۷۹ و برای تکانش‌گری ۰/۸۱ به دست آمد.

راهنمای بالینی AIT بر گرفته از اثر Foelsch و همکاران (۲۰۱۴) بود (۱۵). در پژوهش حاضر، AIT طبق راهنما ارائه شد که شامل ۲۵ جلسه فردی (هفته‌ای یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) با نوجوان و ۷ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای با والدین نوجوان (ماه اول سه جلسه و سپس هر ماه یک جلسه) بود. خلاصه جلسات AIT در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- محتوای جلسات درمان هویت نوجوان (AIT) (۱۵)

جلسات نوجوان و والدین	محتوا
اول (نوجوان)	ارزیابی اولیه (ارتباط اولیه، بازگو کردن رازداری و محرمانگی، ارزیابی فرد از خود و دیگری)، به دست آوردن اطلاعات از منابع ثانویه
دوم (نوجوان)	ارزیابی بیشتر (دوستان، ارزش‌های اخلاقی، مسیر و اهداف، خود، تصویر بدنی، جنسیت، خودآگاهی، ثبات در رفتارها و نگرش، یکپارچگی جنبه‌های مختلف خود)، قرارداد درمانی، آموزش روانی.
سوم (نوجوان)	تحمل ابهام و کاوش در روابط خارج از انتقال و سپس رابطه انتقالی در اینجا و اکنون برای روشن‌سازی دوتایی‌های روابط ابژه، بحث در رابطه با تکالیف رفتاری و ارائه تکالیف متناسب.
چهارم (نوجوان)	بررسی تکالیف، بررسی روابط خارج از درمان و واکنش‌های هیجانی نوجوان در تعامل با دیگران
پنجم (نوجوان)	توجه به رابطه انتقالی (درمانگر-مراجع) و بازتاب هیجانات فعلی در جلسه
ششم (نوجوان)	شفاف‌سازی و روبه روسازی با هیجان‌ها: تشخیص احساسات و ارتباط آن‌ها با موقعیت‌ها
هفتم (نوجوان)	بررسی دوپاره‌سازی در روابط(«خوب/بد»، «دوست‌داشتنی/نفرت‌انگیز») و افزایش خودآگاهی نسبت به این الگوها
هشتم (نوجوان)	تفسیر روابط ابژه درونی و تأثیر آن بر رفتارهای بیرونی نوجوان
نهم (نوجوان)	تمرکز بر تنظیم هیجان و یافتن روش‌های جایگزین برای تخلیه خشم و ناامیدی
دهم (نوجوان)	مرور پیشرفت درمان، تقویت بینش درباره ارتباط هیجان‌ها با دوتایی‌های درونی
یازدهم (نوجوان)	کمک به نوجوان در پذیرش جنبه‌های متضاد شخصیت خود
دوازدهم (نوجوان)	بررسی احساس پوچی و بی‌هدفی، کمک به یافتن ارزش‌ها و اهداف شخصی
سیزدهم (نوجوان)	تمرکز بر روابط بین‌فردی ناسازگار و بازسازی درک نوجوان از دیگران
چهاردهم (نوجوان)	تبیین منشأ درونی تعارضات هیجانی، جایگزینی کنترل درونی به جای سرزنش بیرونی
پانزدهم (نوجوان)	تمرکز بر هویت اجتماعی: نقش‌ها، علایق، باورها و پیوند آن با انسجام خود
شانزدهم (نوجوان)	تقویت مهارت تأمل بر خویشتن و درک ارتباط بین افکار و احساسات
هفدهم (نوجوان)	مرور روابط خانوادگی و واکنش نوجوان به الگوهای والدینی
هجدهم (نوجوان)	تمرین آگاهی هیجانی در موقعیت‌های واقعی زندگی نوجوان

CCBY-NC.4.0 DEED

نوزدهم (نوجوان)	تفسیر رفتارهای دفاعی و مقاومت‌ها در روند درمان
بیستم (نوجوان)	تثبیت پیشرفت‌های هویتی و مرور تغییرات در روابط
بیست‌ویکم (نوجوان)	تمرکز بر تصمیم‌گیری‌های سالم و تقویت احساس مسئولیت شخصی
بیست‌ودوم (نوجوان)	بررسی الگوهای جدید ارتباطی و نقش خودمختاری در رشد هویت
بیست‌وسوم (نوجوان)	کاربر حفظ انسجام هویت در شرایط فشار یا شکست
بیست‌وچهارم (نوجوان)	مرور فرآیند درمان، بازشناسی تغییرات هیجانی و شناختی
بیست‌وپنجم (نوجوان)	جمع‌بندی، مرور رشد هویتی، خداحافظی درمانی و برنامه‌ریزی برای تداوم خودآگاهی
اول (والدین)	ارزیابی خانواده (تشخیص افتراقی آسیب‌شناسی اولیه، شناسایی زمینه‌های انتقال، منبع قدرت، هنجارهای خانواده)، بررسی انتظارات والدین
دوم (والدین)	آموزش روانی در مورد اختلال شخصیت مرزی، آموزش فرزندپروری و توافق در مورد تکالیف رفتاری.
سوم (والدین)	بررسی پویایی خانواده و تغییرات به وجود آمده، بررسی ارتباط با فرزند و مشکلات موجود و تمرکز بر تکالیف رفتاری و راه حل‌های موجود برای ارتباط بهتر با نوجوان
چهارم (والدین)	بررسی یادگیری‌های به دست آمده از آموزش مهارت‌های فرزندپروری و اصلاح و آموزش مجدد
پنجم (والدین)	بررسی تعارضات خانوادگی و تمرین پاسخ‌دهی غیرتکانشی در تعامل با نوجوان
ششم (والدین)	بررسی تعارضات و مشکلات باقی‌مانده، تقویت راهبردهای فرزندپروری آموزش داده شده
هفتم (والدین)	جمع‌بندی، مرور تغییرات والدین، تقویت حمایت عاطفی و تثبیت ساختار خانوادگی درمان‌محور

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ در دو بخش توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. در بخش توصیفی از میانگین، درصد و انحراف معیار، بررسی تفاوت فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی از آزمون مجذور کای و آزمون t مستقل استفاده شد و در بخش تحلیلی و استنباطی از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و برای بررسی نرمال بودن نمرات از آزمون Shapiro-Wilk، برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا از آزمون Levene، برای بررسی همسانی ماتریس کوواریانس خطای نمرات از Mauchly's test of Sphericity و بررسی دقیق تفاوت میانگین‌ها در مقایسه‌های دو به دو بین مراحل ارزیابی از آزمون تعقیبی Bonferroni استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

یافته‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول ۲ ارائه شده است. دامنه سنی شرکت‌کنندگان پژوهش از ۱۶ تا ۱۸ سال بود که میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ۱۷/۴۶ (۰/۷۸) سال و میانگین و انحراف معیار سنی گروه کنترل ۱۷/۲۰ (۰/۷۷) سال بود. در هر دو گروه بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان دختران بودند (آزمایش: ۵۳/۸ درصد و کنترل: ۵۳/۳ درصد). از نظر سطح تحصیلی هم در هر دو گروه مقطع دوازدهم بیشترین فراوانی را در شرکت‌کنندگان دارا بود (گروه آزمایش: ۶۱/۵ درصد و کنترل: ۵۳/۳ درصد). هم‌چنین، نتایج آزمون t مستقل در بررسی تفاوت میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل (P=۰/۳۸۲) و نتایج آزمون مجذور کای در بررسی تفاوت بین توزیع فراوانی جنسیت و مقطع تحصیلی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل نشان داد دو گروه تفاوت آماری معناداری ندارند (P>۰/۰۵)؛ لذا، دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همگن هستند.

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۲- اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان پژوهش در نوجوانان دارای نشانه‌های شخصیت مرزی شهرستان شیروان در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

	گروه آزمایش (n =۱۳)		گروه کنترل (n =۱۵)		مقدار P
جنسیت	**فراوانی**	**درصد**	**فراوانی**	**درصد**	
دختر	۷	۵۳/۸	۸	۵۳/۳	۰/۹۷۸
پسر	۶	۴۶/۲	۷	۴۶/۷	
مقطع تحصیلی	**فراوانی**	**درصد**	**فراوانی**	**درصد**	
دهم	۲	۱۵/۴	۳	۲۰	۰/۹۰۴
یازدهم	۳	۲۳/۱	۴	۲۶/۷	
دوازدهم	۸	۶۱/۵	۸	۵۳/۳	

آزمون مجذور کای، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین (انحراف معیار) نمرات شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل گزارش شده است. میانگین و انحراف معیار نشانه‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکان‌شگری، نشان می‌دهد که نمرات مرحله میانی و پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییراتی داشته است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در نوجوانان دارای نشانه‌های شخصیت مرزی شهرستان شیروان در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

		گروه آزمایش (n =۱۳)		گروه کنترل (n =۱۵)	
متغیر	**مراحل**	**میانگین**	**انحراف معیار**	**میانگین**	**انحراف معیار**
نشانه‌های شخصیت مرزی	پیش‌آزمون	۷۹/۶۱	۳/۲۲	۸۰/۱۳	۲/۵۵
	مرحله میانی	۷۴/۸۴	۲/۲۶	۷۹/۶۶	۲/۷۱
	پس‌آزمون	۶۸/۰۰	۳/۵۳	۷۹/۰۰	۲/۶۴
آشفتگی هویت	پیش‌آزمون	۸۱/۵۳	۳/۹۵	۸۳/۲۰	۳/۶۴
	مرحله میانی	۷۸/۳۸	۳/۶۸	۸۲/۷۳	۴/۳۱
	پس‌آزمون	۷۲/۲۳	۵/۰۶	۸۴/۴۰	۵/۰۱
تکانشگری	پیش‌آزمون	۸۱/۷۶	۴/۳۶	۸۲/۳۳	۲/۸۲
	مرحله میانی	۷۹/۳۸	۴/۵۱	۸۴/۳۳	۳/۱۳
	پس‌آزمون	۷۲/۸۴	۴/۹۹	۸۳/۷۳	۲/۹۳

میانگین و انحراف معیار

در ادامه با روش آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و بررسی پیش‌فرض‌های آن، معناداری یا عدم معناداری این تغییرات و مقایسه بین گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار خواهد گرفت. آزمون Shapiro-Wilk نشان داد که در نشانه‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری در تمامی مراحل مورد بررسی در گروه‌های آزمایش و کنترل توزیع نرمال برقرار

CCBY-NC.4.0 DEED

است (P>۰/۰۵)؛ آزمون Levene نیز نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده بود و واریانس‌ها با هم همگن بودند (P>۰/۰۵)؛ آزمون کرویت Mauchly نیز نشان داد که مفروضه تساوی کوواریانس نمرات در مراحل مختلف آماری برای داده‌های آشفتگی هویت (P=۰/۰۵۷) و تکانشگری (P=۰/۶۵۰) برقرار است، اما برای داده‌های نشانه‌های شخصیت مرزی (P=۰/۰۱۱) برقرار نیست.

بنابراین، با توجه به این‌که در متغیر آشفتگی هویت و تکانشگری نتایج مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس خطای نمرات برقرار بود، از آزمون با فرض برقراری کرویت جهت تحلیل نتایج استفاده شد و با توجه به این‌که در متغیر نشانه‌های شخصیت مرزی نتایج مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس خطای نمرات برقرار نبود که از اصلاح درجات آزادی با استفاده از آزمون اصلاح شده Greenhouse-Geisser جهت تحلیل نتایج استفاده شد که نتایج آن‌ها در جدول ۴ گزارش شده است.

نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۴، نشان داد که در هر سه متغیر نشانه‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری، اثر زمان، اثر گروه و تعامل زمان × گروه معنادار است (P<۰/۰۰۱). معنادار بودن اثر زمان نشان می‌دهد که نمرات در طول سه مرحله ارزیابی تغییر کرده‌اند و اثر گروه بیانگر تفاوت کلی بین دو گروه است. هم‌چنین، تعامل معنادار زمان × گروه نشان می‌دهد که روند تغییرات در طول زمان در دو گروه یکسان نبوده و تغییرات در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است. بر اساس مجذور اتای جزئی (اندازه اثر) شدت اثر عوامل زمان، گروه و تعامل در هر سه متغیر در دامنه متوسط تا بزرگ (۰/۴۰ تا ۰/۶۶) قرار دارد که نشان دهنده نقش قابل توجه مداخله در تبیین تغییرات متغیرهای پژوهش است.

جدول ٤- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر جهت تعیین اثربخشی روش درمان هویت نوجوان بر نشانه‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری نوجوانان دارای نشانه‌های شخصیت مرزی شهرستان شیروان در سال ۱٤۰٤-۱٤۰۳

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذور اتا
نشانه‌های شخصیت مرزی	اثر زمان	۵۷۱/۹۷	۱/۵۳	۳۷۳/۱۳	۴۷/۶۷	< ۰/۰۰۱	۰/۶۴
	اثر گروه	۶۱۹/۶۹	۱	۶۱۹/۶۹	۵۰/۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۶
	تعامل زمان × گروه	۳۸۶/۶۸	۱/۵۳	۲۵۲/۲۵	۳۲/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۵
آشفتگی هویت	اثر زمان	۲۲۹/۷۶	۲	۱۱۴/۸۸	۱۷/۴۴	۰/۰۱	۰/۴۰
	اثر گروه	۷۶۷/۲۱	۱	۷۶۷/۲۱	۱۷/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۰
	تعامل زمان × گروه	۴۱۵/۰۵	۲	۲۰۷/۵۲	۳۱/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۴
تکانشگری	اثر زمان	۲۵۰/۰۲	۲	۱۲۵/۰۱	۲۲/۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۶
	اثر گروه	۶۲۴/۳۷	۱	۶۲۴/۳۷	۱۸/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۲
	تعامل زمان × گروه	۳۷۳/۸۸	۲	۱۸۶/۹۴	۳۴/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۶

آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر

در ادامه، به منظور بررسی دقیق تفاوت میانگین‌ها در مقایسه‌های دو به دو بین مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، مرحله میانی و پس‌آزمون) و کنترل خطای نوع اول ناشی از انجام مقایسه‌های متعدد، از آزمون تعقیبی Bonferroni استفاده شد.

CCBY-NC.4.0 DEED

این مقایسه‌ها در چارچوب آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری های مکرر انجام شده و برای کل دو گروه آزمایش و کنترل گزارش گردیده است که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، در نشانه‌های شخصیت مرزی اختلاف بین پیش آزمون و مرحله میانی معنادار است (P=۰/۰۰۱). هم‌چنین، بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۰۱)؛ بنابراین، با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا مرحله میانی و پس‌آزمون کاهش یافته است. در آشفتگی هویت اختلاف بین پیش آزمون و مرحله میانی معنادار است (P=۰/۰۲۱). هم‌چنین، بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۰۱)؛ بنابراین، با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا مرحله میانی و پس‌آزمون کاهش یافته است و در تکانشگری اختلاف بین پیش آزمون و مرحله میانی معنادار نیست (P=۱/۰۰۰)؛ در حالی‌که بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۰۱)، که با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش یافته است.

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni برای نشانه‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری در سه مرحله ارزیابی در نوجوانان دارای نشانه‌های شخصیت مرزی شهرستان شیروان در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار P
نشانه‌های مرزی	پیش‌آزمون	میانی	۲/۶۱	۰/۵۰	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	۶/۳۷	۰/۸۱	۰/۰۰۱
	میانی	پیش‌آزمون	-۲/۶۱	۰/۵۰	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	۳/۷۵	۰/۶۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۶/۳۷	۰/۸۱	۰/۰۰۱
		میانی	-۳/۷۵	۰/۶۲	۰/۰۰۱
آشفتگی هویت	پیش‌آزمون	میانی	۱/۸۱	۰/۶۱	۰/۰۲۱
		پس‌آزمون	۴/۰۵	۰/۵۹	۰/۰۰۱
	میانی	پیش‌آزمون	-۱/۸۱	۰/۶۱	۰/۰۲۱
		پس‌آزمون	۲/۲۴	۰/۸۲	۰/۰۳۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۴/۰۵	۰/۵۹	۰/۰۰۱
		میانی	-۲/۲۴	۰/۸۲	۰/۰۳۱
تکانشگری	پیش‌آزمون	میانی	۰/۱۹	۰/۶۵	۱/۰۰۰
		پس‌آزمون	۳/۷۶	۰/۵۶	۰/۰۰۱
	میانی	پیش‌آزمون	-۰/۱۹	۰/۶۵	۱
		پس‌آزمون	۳/۵۶	۰/۶۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۳/۷۶	۰/۵۶	۰/۰۰۱
		میانی	-۳/۵۶	۰/۶۵	۰/۰۰۱

P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

CCBY-NC.4.0 DEED

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی AIT بر نشانه‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری نوجوانان انجام شد. یافته اول پژوهش نشان داد که AIT به طور معناداری سبب کاهش نشانه‌های شخصیت مرزی نوجوانان می‌شود. این مسئله نشان‌دهنده بهبودی معنادار در گروه AIT بود. این یافته با پژوهش Schmeck و همکاران مبنی بر اثربخشی AIT بر اختلال شخصیت مرزی نوجوانان همخوان است (۵). هم‌چنین، این یافته با پژوهش Abel و همکاران و پژوهش Simon مطابقت دارد (۲۴-۲۳).

در ادبیات روان‌درمانی نوجوانان دارای ویژگی‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت به عنوان یکی از هسته‌های بنیادین اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفته شده است (۱۵)؛ به عنوان مثال در پژوهشی مشخص شد که نوجوانان با سطوح بالاتر آشفتگی هویت به احتمال بیشتری اختلال در تنظیم هیجان و اختلال شخصیت مرزی را نشان می‌دهند (۲۵). آشفتگی هویت به عنوان هسته اصلی اختلال شخصیت مرزی، به عنوان پایه‌ای برای اصول اساسی AIT در نظر گرفته می‌شود. AIT بر تثبیت هویت و ادغام مفاهیم خود و دیگران تمرکز دارد. که به تدریج بر روابط بین فردی تأثیر می‌گذارد و منجر به حل تعارضات بین فردی می‌شود که در نهایت می‌تواند نشانه‌های شخصیت مرزی را کاهش دهد. از سوی دیگر رایج‌ترین تکنیک در AIT شفاف‌سازی است. این تکنیک برای بررسی و درک آنچه بیمار می‌گوید استفاده می‌شود. شفاف‌سازی دعوت درمانگر از نوجوان برای توضیح اطلاعات مبهم، نامفهوم، گیج‌کننده، آشفته و متناقض هستند. این روش به نوجوان اجازه می‌دهد تا به طور کامل به معنای درونی و ناخودآگاه اعمال خود دسترسی پیدا کند و به خوداندیشی تشویق شود (۱۵). نوجوان با تأمل و خوداندیشی بیشتر بر اطلاعات و احساسات متناقض خود می‌تواند به درک درستی از خود، احساسات و افکارش برسد و نشانه‌های شخصیت مرزی کاهش یابد. این تبیین با یافته‌های پژوهش Salgado-Pineda و همکاران همخوان است (۲۶).

یکی از عوامل دیگری که بر نشانه‌های شخصیت مرزی و تداوم آن اثرگذار است، ارتباطات نامناسب والدین با نوجوان می‌باشد (۲۷). در این راستا یک بخش اساسی AIT کار با والدین و آموزش آن‌ها برای اصلاح روابط پرتنش و نامناسب است. در این درمان والدین شیوه‌های فرزندپروری مناسب از جمله همدل بودن، شنونده خوب بودن و توجه به نیازهای نوجوان را آموزش می‌بینند و هم‌چنین با بررسی روابط والد-فرزند الگوهای نامناسب شناسایی و اصلاح می‌شوند. بنابراین محیط آرام خانواده و ارتباطات مناسب نقشی مؤثر در تعدیل هیجان‌های منفی نوجوان و کاهش نشانه‌های شخصیت مرزی خواهد داشت (۱۵). بر این اساس، پیشنهاد می‌شود درمانگران در کار با نوجوانان دارای نشانه‌های شخصیت مرزی، از مداخلات مبتنی بر هویت مانندAIT که به‌طور هم‌زمان بر تثبیت هویت، بهبود روابط اُبژه‌ای ((Object-Relation(ship) و اصلاح تعاملات والد–نوجوان تمرکز دارند، به‌عنوان رویکردی مؤثر استفاده کنند.

یافته دوم پژوهش نشان داد که AIT بر آشفتگی هویت نوجوانان اثربخش بوده است. این یافته با پژوهش Schmeck و همکاران (۵) همخوان و با پژوهش Mokhtari Dozdab و A'rab Sheybani (۲۸)، Babaei Heidarababdi و همکاران (۲۹) همسو می‌باشد.

همان‌گونه که از نام AIT مشخص است، تمرکز این درمان بر یکپارچه سازی هویت و ایجاد تصویری منسجم از خود و دیگران

CCBY-NC.4.0 DEED

می‌باشد (۱۵). از طریق رابطه درمانی و رفع موانع رشدی زمینه کسب هویت منسجم‌تر برای نوجوان مهیا می‌شود (۱۵). ذهنی‌سازی و خوداندیشی پایین رابطه معنی داری با آشفتگی هویت دارد (۳۰). یکی از اهداف AIT افزایش خوداندیشی نوجوان از طریق به کارگیری تکنیک شفاف‌سازی و روبه‌روسازی است. در تکنیک روبه‌روسازی نوجوان با تناقضات و تضادهای دورنی خود روبه رو می‌شود تا ظرفیت خوداندیشی او تقویت شود و نوجوان بتواند هویتی یکپارچه کسب کند. همچنین در هویت آشفته یا پراکنده، دوتایی‌های روابط شیء درونی دوپاره می‌شوند و دوتایی‌های مثبت و منفی برای حفظ این دوپارگی بر علیه یکدیگر دفاع می‌کنند تا مبادا عاطفه ی منفی بر ابژه‌های مثبت و آرمانی غلبه کند. با استفاده از فنون شفاف‌سازی، روبه‌روسازی و تفسیر، نوجوان آگاهی بیشتری از دوتایی‌های دوپاره درونی خود به دست می‌آورد و به تدریج می‌تواند آن‌ها را با یکدیگر تلفیق کند و به یکپارچگی و انسجام برسد (۱۵). در این راستا، پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های درمانی نوجوانان دارای آشفتگی هویت، تقویت خوداندیشی از طریق تکنیک‌های شفاف‌سازی و روبه‌روسازی به‌صورت هدفمند و ساختاریافته در فرایند درمان گنجانده شود.

یافته سوم پژوهش نشان داد که AIT بر تکانشگری نوجوانان اثربخش بوده است. این یافته با یافته‌های Schmeck و همکاران (۵) همخوان است و با پژوهش Chegeni و همکاران (۳۱)، Tsang و همکاران (۳۲) همسو می‌باشد. یکی از عواملی که بر تکانشگری مؤثر است سوگیری شناختی است. سوءگیری شناختی مانع درک درست از هیجانات و رفتارهای دیگران و محیط اطراف می‌شود (۳۳). هم‌چنین، خودکنترلی با سوگیری نسبت دادن خصومت به دیگران همبستگی منفی دارد و افراد تکانشگر و پرخاشگر تمایل بیشتری در نسبت دادن خصومت به دیگران دارند (۳۴). در این راستا، در رابطه با اثر بخشی AIT بر تکانشگری می‌توان به اجرای مکرر تکنیک‌های شفاف‌سازی و روبه‌روسازی به منظور آگاهی نوجوان از روابط ابژه درونی و منشاء هیجانات خود اشاره کرد. نوجوان در جلسات درمانی با الگوی معیوب روابط ابژه خود و درونی یا بیرونی بودن هیجانات خود، آگاهی به دست می‌آورد. به عنوان مثال نوجوانی که الگوی روابط ابژه قربانی-ستمگر را دارد در بسیاری از موقعیت‌ها خودش را در نقش قربانی و دیگران را در نقش ظالم و ستمگر می‌بیند که او را عصبانی می‌کنند و در نتیجه علت هیجاناتش را در دیگران و نه در خود می‌بینند. در جلسات درمانی نوجوان به تدریج با این موضوع روبه‌رو می‌شود که منشاء بسیاری از هیجان‌های منفی در درون خود او قرار دارد و چنین درکی می‌تواند به خودکنترلی و کاهش تکانشگری منجر شود (۱۵). از منظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود در مداخلات درمانی نوجوانان تکانشگر، بر افزایش آگاهی نسبت به الگوهای روابط ابژه‌ای و آگاهی از منشأ هیجان‌ها، اصلاح اسناددهی خصمانه و کاهش سوگیری‌های شناختی از طریق فنون اصلی AIT تأکید شود تا زمینه افزایش خودکنترلی فراهم گردد.

از سوی دیگر، نوجوانانی که استرس خانوادگی مرتبط با تهدید را تجربه می‌کنند تکانشگری بیشتری دارند و در تنظیم هیجان ناتوان هستند (۳۵). همچنین نوجوانانی که از حمایت خانوادگی برخوردار هستند در کنترل تکانه‌های خود توان‌مندی بیشتری دارند (۳۶). در این راستا، AIT با شناسایی و حذف عوامل منفی خانوادگی مانند تهدید و پرورش مهارت‌هایی همچون حمایتگری، همدلی، آموزش مهارت‌های فرزندپروری به والدین امکان مدیریت هیجان‌های نوجوان و کاهش تکانشگری او را فراهم می‌کند (۱۵).

CCBY-NC.4.0 DEED

بنابراین، پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های درمانی مبتنی بر AIT، جلسات والدین به‌عنوان جزء جدایی‌ناپذیر مداخله حفظ شده و آموزش‌های مرتبط با تنظیم هیجان و تعامل والد-نوجوان به‌طور نظام‌مند ارائه شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به کم بودن تعداد افراد شرکت کننده و استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس و در نتیجه عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی و عدم وجود دوره پیگیری اشاره کرد. با توجه به جدید بودن AIT و محدودیت‌های ذکر شده پیشنهاد می‌شود نتایج این پژوهش با احتیاط تفسیر شوند. در این راستا پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتر با نمونه‌های بزرگ‌تر صورت گیرد. هم‌چنین، دوره پیگیری برای نمونه لحاظ گردد تا از ثابت ماندن نتایج اطمینان حاصل شود. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود اثربخشی AIT با درمان‌های رایج از جمله رفتاردرمانی دیالکتیکی مقایسه شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که AIT بر نشانه‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری نوجوانان ۱۸-۱۶ ساله مؤثر است و می‌تواند کاربرد آن را به عنوان درمان مؤثر در نوجوانان دارای نشانه‌های شخصیت مرزی نشان دهد. بنابراین، استفاده از این درمان جهت کاهش نشانه‌های شخصیت مرزی، آشفتگی هویت و تکانشگری نوجوانان به متخصصان سلامت روان پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل رساله مقطع دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد است. بدین‌وسیله از کلیه اساتید، مشاوران شهرستان شیروان، دانش‌آموزان و خانواده آن‌ها جهت راهنمایی، همکاری و شرکت در پژوهش کمال تقدیر و تشکر را داریم.

تعارض در منافع: کلیه نویسندگان مقاله اذعان می‌کنند که در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

حامی مالی: این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق): در این پژوهش حداکثر تلاش ممکن برای رعایت اصول اخلاقی از جمله محرمانگی، رازداری، احترام به شأن و منزلت افراد و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش شده است. در این راستا کد اخلاق پژوهش حاضر نیز در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه شاهد با کد IR.SHAHED.MED.REC.1404.035 تصویب شده است.

مشارکت نویسندگان

- **طراحی ایده:** عباس تدینی، حمید یعقوبی
- **روش کار:** عباس تدینی، حمید یعقوبی
- **جمع‌آوری داده‌ها:** عباس تدینی
- **تجزیه و تحلیل داده‌ها:** عباس تدینی، حمید یعقوبی
- **نظارت:** حمید یعقوبی، لیلا حیدری‌نسب
- **مدیریت پروژه:** حمید یعقوبی، لیلا حیدری‌نسب
- **نگارش - پیش‌نویس اصلی:** عباس تدینی
- **نگارش – بررسی و ویرایش:** عباس تدینی، حمید یعقوبی

CCBY-NC.4.0 DEED

References

1. Cheng TW, Mills KL, Pfeifer JH. Revisiting adolescence as a sensitive period for sociocultural processing. *Neurosci Biobehav Rev* 2024; 164: 105820.

2. Eichas K, Côté JE, Levine CG. Identity formation, youth, and development. 2nd ed. London: Routledge; 2025. P. 12-9.

3. Chan RC, Barkus E, Gan Y. Challenges of assessment and intervention for the mental health issues in adolescence and young adults. *PsyCh J* 2025; 14(4): 471.

4. Ingersgaard MV, Grabowski D, Willaing I, Tjørnhøj-Thomsen T. "It's a part of what I am, but not all of who I am": A qualitative study of identity formation in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes. *SSM Qual Res Health* 2024; 5: 100391.

5. Schmeck K, Weise S, Schlüter-Müller S, Birkhölzer M, Fürer L, Koenig J, et al. Effectiveness of adolescent identity treatment (AIT) versus DBT-A for the treatment of adolescent borderline personality disorder. *Pers Disord Theory Res Treat* 2023; 14(2): 148.

6. Folivi F, Denaro CM, Hartley AA, Bukach CM, Couperus JW, Reed CL. The cognitive instability aspect of impulsivity predicts the ERN: An ERP study. *Int J Psychophysiol* 2025; 113206.

7. Wu Y, Song Y, Pan L, Lin C, Cen Y, Dai M, et al. Core symptoms between adolescent psychological abuse-neglect and impulsiveness: A network analysis. *Alpha Psychiatry* 2025; 26(3): 44085.

8. He X, Huang P, Xu X, Yu Q, Huang H, Yang P, et al. Impulsivity and non-suicidal self-injury in adolescents: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Front Psychiatry* 2025; 16: 1586922.

9. Mungo A, Delhaye M, Blondiau C, Hein M. Identity formation in individuals between 16 and 25 years old with borderline personality disorder. *J Clin Med* 2024; 13(11): 3221.

10. Schlüter-Müller S, Goth K, Jung E, Schmeck K. Assessment and treatment of identity pathology during adolescence. *Scand J Child Adolesc Psychiatry Psychol* 2015; 3(1): 63–70.

11. Bogaerts A, Claes L, Raymaekers K, Buelens T, Bastiaens T, Luyckx K. Trajectories of adaptive and disturbed identity dimensions in adolescence: Developmental associations with self-esteem, resilience, symptoms of depression, and borderline personality disorder features. *Front Psychiatry* 2023; 14: 1125812.

CCBY-NC.4.0 DEED

12. Kaess M, Cavelti M. Research review: What we have learned about early detection and intervention of borderline personality disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2025.

13. d'Huart D, Steppan M, Seker S, Bürgin D, Boonmann C, Birkhölzer M, et al. Prevalence and 10-year stability of personality disorders from adolescence to young adulthood in a high-risk sample. *Front Psychiatry* 2022; 13: 840678.

14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2022. P. 752-7.

15. Foelsch PA, Schlüter-Müller S, Odom AE, Arena HT, Borzutzky H, Schmeck K. Adolescent identity treatment: an integrative approach for personality pathology. 1st ed. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2014. P. 1–161.

16. First MB, Williams JBW, Benjamin LS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5). Shamloo F, translator. Tehran: Ibn Sina Press; 2017 (Original work published 2016). [Farsi]

17. Afshar A, Asghari Pour Z, Zahmati M, Alidousti S. Comparison of the effectiveness of integrated transdiagnostic treatment and mindfulness-based cognitive therapy on emotion regulation and rumination in depressed individuals: A randomized clinical trial. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2024; 30(1): 2-17. [Farsi]

18. Mohammadkhani P, Forouzan AS, Hooshyari Z, Abasi I. Psychometric properties of Persian version of structured clinical interview for DSM-5–research version (SCID-5-RV): A diagnostic accuracy study. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2020; 14(2): e100930.

19. First MB, Williams JBW, Benjamin LS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD). Shamloo F, translator. Tehran: Ibn Sina Press; 2017 (Original work published 2016). [Farsi]

20. Gharraee B, Shabani A, Masoumian S, Zamirinejad S, Yaghmaeezadeh H, Khanjani S, et al. Psychometric properties of the Persian structured clinical interview for personality disorders of DSM-5-personality version (SCID-5-PD). 2021.

21. Millon T, Millon C, Davis R, Grossman S. Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI): manual. 1st ed. Jedidi M, Mirzaeian B, Mansouri K, translators. Tehran: Ibn Sina Press; 2019. P. 1–153. (Original work published 2006). [Farsi]

22. Mansouri K, Jadidi M, Mirhashemi M. Psychometric properties of the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). *Psychometry* 2020; 8(32): 81–106. [Farsi]

23. Abel T, Happel M, Daerr F, Spitzer C, Benecke C, Dulz B. Transference-focused psychotherapy in an inpatient setting for borderline personality disorders: Changes in

CCBY-NC.4.0 DEED

symptomatology. *Res Psychother Psychopathol Process Outcome* 2025; 28(1): 8–10.

24. Simon CJ. Efficacy of treatment modalities for borderline personality disorder: A systematic review and network meta-analysis of DBT, TFP, and MBT [dissertation]. Pacifica Graduate Institute; 2025. ProQuest Dissertations & Theses; Document ID 3175753296.

25. Lind M, Vanwoerden S, Bo S, Sharp C. Borderline personality disorder in adolescence: The role of narrative identity in the intrapsychic reasoning system. Pers Disord Theory Res Treat 2022; 13(5): 451–60.

26. Salgado-Pineda P, Ferrer M, Calvo N, Duque-Yemail JD, Costa X, Rué À, et al. Brain functional abnormality in drug-naïve adolescents with borderline personality disorder during self- and other-reflection. *Transl Psychiatry* 2025; 15(1): 157.

27. Williams K, Fleck L, Fuchs A, Koenig J, Kaess M. Mother–child interactions in adolescents with borderline personality disorder traits and the impact of early life maltreatment. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2023; 17(1): 96.

28. Mokhtari Dozdab S, A'rab Sheybani M. Effectiveness of compassion-focused therapy on identity styles and problem-solving styles in high school students. *Soc Cogn* 2023; 2(24): 141–8. [Farsi]

29. Babaei Heidarabadi M, Ghamari M, Hossinian S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on body image and identity styles of female students with anorexia nervosa. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2023; 30(1): 102–16. [Farsi]

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

31. Chegeni M, Sheykhan R, Sepahvand T. The efficacy of emotion-focused therapy on impulsivity, social adjustment, and social media addiction in adolescents attempting suicide. *J Res Psychol Health* 2025; 18(4): 14–28.

32. Tsang EW, Gao J, Lo CN, Trapp NT, Boes AD, Sik H. Effects of mindfulness meditation on human impulsivity: A systematic review and meta-analysis. *Acad Ment Health Well Being* 2025; 2(1).

33. Shi W, Li N. The effects of cognitive bias and cognitive style on trait impulsivity in moderate-risk gambling: The moderating effect of self-control. *Front Psychol* 2023; 14: 1089608.

34. Ma Q, Wang X, Liu L. The impact of self-control on aggressive behavior: The chained mediating role of hostile attribution bias and positive/negative implicit affect. *Front Psychol* 2025; 16: 1638323.

CCBY-NC.4.0 DEED

35. Gao Y, Liu J, Liu X, Wang Y, Qiu S. Dimensions of family stress and repetitive nonsuicidal self-injury in adolescence: Examining the interactive effects of impulsivity and emotion dysregulation. *Child Abuse Negl* 2024; 152: 106804.

36. Pan B, Gong Y, Guo M, Wang X, Lu H, Lin Z, et al. Negative affect and impulsivity in adolescents with non-suicidal self-injury: The moderating and mediating roles of perceived social support. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2024; 1–13.

CCBY-NC.4.0 DEED

The Effectiveness of Adolescent Identity Treatment (AIT) on Borderline Personality Symptoms, Identity Disturbance, and Impulsivity in Adolescents: A Quasi-Experimental Study

Abbas Tadayoni[1], Hamid Yaghubi[2], Leila Heydarinasab[3]

Received: 02/11/25 Sent for Revision: 30/12/25 Received Revised Manuscript: 07/02/26 Accepted: 08/02/26

Background and Objectives: Borderline personality disorder in adolescence is associated with symptoms such as identity disturbance and impulsivity, and if not been treated in a timely manner, it can lead to stable harmful patterns in adulthood. The aim of the present study was to determine the effectiveness of Adolescent Identity Treatment (AIT) on borderline personality symptoms, identity disturbance, and impulsivity in adolescents.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study with a pret-est, mid-test, and post-test design. The statistical population consisted of all adolescents aged 16–18 years in Shirvan County with symptoms of borderline personality disorder in 2024-2025. Thirty individuals were selected via purposive sampling and randomly assigned to two groups of 15 (experimental and control). In the experimental group, 25 individual AIT sessions for adolescents and 7 individual sessions for their parents were conducted, while the control group received no intervention. Data collection tools included the Structured Clinical Interview for Clinical Disorders, the Structured Clinical Interview for Personality Disorders, and the Millon Adolescent Clinical Inventory. Data were analyzed using two-way repeated measures ANOVA.

Results: The results showed that AIT led to a significant reduction in borderline personality symptoms and identity disturbance in the mid-test and post-test stages ($p<0.001$). Regarding impulsivity, a significant difference was observed only in the post-test stage ($p<0.001$).

Conclusion: The current study indicated that AIT is effective in reducing borderline personality symptoms, identity disturbance, and impulsivity in adolescents aged 16–18 years. Therefore, this treatment can be used as an efficient approach for intervention in adolescents with borderline personality traits.

Keywords: Adolescent identity treatment, Borderline personality, Identity disturbance, Impulsivity

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Shahed University approved the study (IR.SHAHED.MED.REC.1404.035).

Authors' contributions:

- Conceptualization: Abbas Tadayoni, Hamid yaghubi

- Methodology: Abbas Tadayoni, Hamid yaghubi

- Data collection: Abbas Tadayoni

- Formal analysis: Abbas Tadayoni, Hamid yaghubi

- Supervision: Hamid yaghubi, Leila Heydarinasab

- Project administration: Hamid yaghubi, Leila Heydarinasab

- Writing - original draft: Abbas Tadayoni, Hamid yaghubi, Leila Heydarinasab

- Writing - review & rditing: Abbas Tadayoni, Hamid yaghubi

Citation: Tadayoni A, Yaghubi H, Heydarinasab L. The Effectiveness of Adolescent Identity Treatment (AIT) on Borderline Personality Symptoms, Identity Disturbance, and Impulsivity in Adolescents: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2026; 24 (11): 1041-58. [Farsi]

1- PhD Candidate in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran

2- Associate Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran, ORCID: 0000-0003-2423-9203

(Corresponding Author) Tel: (021) 51212468, E-mail: hyaghubi@shahed.ac.ir

3- Associate Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran

CCBY-NC.4.0 DEED