



مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی درمان ذهنی سازی و عاطفه هراسی بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی و افسردگی در زنان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۷

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان ذهنی سازی و درمان عاطفه هراسی بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی و افسردگی بود.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری در این پژوهش زنان دارای علائم طیف شخصیت مرزی و افسرده مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر قم در محدوده سنی ۱۸-۳۵ و از مرداد ماه تا مهر ماه بودند و با دو پرسشنامه میلیون-۳ (میلون، ۲۰۱۳) و افسردگی گلدنبرگ (۱۹۷۱) و براساس معیارهای DSM-5 مورد مصاحبه و آزمون قرار گرفتند. سپس هر دو گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای یک جلسه تحت درمان ذهنی سازی (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶) و درمان عاطفه هراسی (مک کالو، ۲۰۰۳) قرار گرفتند و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت.

نتایج: نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس نشان دهنده اثر مثبت و معنادار درمان ذهنی سازی و عاطفه هراسی در افراد افسرده بود.

نتیجه گیری: پژوهش حاضر نشان داد که درمان ذهنی سازی بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی و درمان عاطفه هراسی بر کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی موثر است.

کلمات کلیدی: افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، درمان ذهنی سازی و درمان عاطفه هراسی

طاهره حاج محمد حسینی^۱

حسن میرزاحسینی^{۲*}

مجید ضرغام حاجبی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی،

واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی،

قم، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی،

قم، ایران.

Email: mirzahoseini.hasan@yahoo.com

مقدمه

در میان بیماری‌های روانی، اختلال شخصیت مرزی یکی از شایع‌ترین اختلال‌ها در محیط‌های درمانی است و از طرفی علیرغم اینکه بیماران مبتلا به این اختلال، گروه نامتجانسی را تشکیل می‌دهند (۱) اما ویژگی‌های مشترکی نیز دارند که مهم‌ترین آنها تکانشگری بارز و بی‌ثباتی در سه زمینه روابط بین فردی، خلق و خودانگاره است (۲). افسردگی نیز از دیرباز به عنوان یکی از نابسامانی‌های روانی عمده شناخته شده است، اما در دو دهه اخیر اهمیت این بیماری هم از حیث رنج و آزاری که مبتلایان آن متحمل می‌شوند و هم از لحاظ بار سنگینی که بر منابع درمانی ملت‌ها تحمیل می‌کند، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. براساس آخرین برآوردهای گزارش شده، بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان از افسردگی رنج می‌برند و زنان بیشتر از مردان با این بیماری دست به گریبان‌اند (۳).

بیماران بستری و سرپایی که دارای تشخیص قبلی اضطراب و افسردگی یا اختلال دو قطبی هستند نیز، ممکن است یک تشخیص همزمان اختلال شخصیت مرزی داشته باشند (۴) که با علائم نوسانات خلقی، عصبانیت و خشم نامناسب، بی‌ثباتی در روابط و اشتغال و ترس از رها شدن و تصمیم‌گیری‌های تکانشی مشخص می‌شود (۵). تاکنون رویکردها و درمانهای متفاوتی برای کمک به این اختلالات توسط افراد مختلف بکار گرفته شده که یکی از این درمانها ذهنی سازی و عاطفه هراسی است.

درمان مبتنی بر ذهنی سازی^۵ نوع خاصی از روان درمانی روان پویایی است که بتمن و فوناگی (۲۰۱۵) برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ابداع کرده‌اند. این الگوی درمانی، اختلال شخصیت مرزی را با وجود همه پیچیدگی‌هایش تبیین می‌کند و مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریه دلبستگی بالبی و ذهنی سازی. فرض اصلی این درمان این است که کمبود ظرفیت ذهنی سازی منجر به رشد اختلال

شخصیت مرزی می‌شود. ظرفیت ذهنی سازی که یک کارکرد بازتابی تلقی می‌شود، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین فردی در دوران کودکی به خصوص روابط دلبستگی بدست می‌آید و زیربنای رفتارهای آشکار است. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، کمبودهایی در ظرفیت ذهنی سازی دارند که با سبک دلبستگی ناایمن مرتبط است (۶). این درمان، یک رویکرد ساختار یافته ای است که به ۳ مرحله متمایز تقسیم می‌شود. اهداف کلی مرحله اولیه عبارت است از: ارزیابی ظرفیت ذهنی سازی بیمار، کارکرد شخصیت، قرارداد بستن و درگیر کردن بیمار در درمان و شناسایی مشکلاتی که ممکن است با درمان تداخل داشته باشند. هدف مرحله میانی، تحریک ظرفیت ذهنی سازی قوی تر در چارچوب برانگیختگی عاطفی و روابط دلبستگی است. در مرحله پایانی نیز آماده سازی بیمار برای پایان دادن به درمان انجام می‌شود (۷). پژوهشها نشان داده است اثربخشی ذهنی سازی در بهبود دلبستگی ناایمن و بی‌کفایتی اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر است (۷،۸،۹،۱۰). همچنین پژوهشها نشان داده است که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۱۱)؛ بهبود روابط موضوعی (۱۱)؛ کاهش خودآزاری و افسردگی (۱۲)؛ ظرفیت فکر کردن درباره خود و دیگران (۶)؛ کاهش سطح پریشانی کلی، بهبود بهزیستی روانی، مشکلات بین فردی کمتر و کار بهتر و عملکرد اجتماعی بهتر (۱۳)؛ کاهش اختلال در تنظیم عواطف (۱۴،۱۵) کاهش فشار بین فردی (۱۶) و کاهش اضطراب (۱۷) موثر است.

در سال‌های اخیر، تئوری ذهنیت در تعدادی از زمینه‌های مرتبط با کلینیکی از جمله روان درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، درمان با نوجوانان و کودکان، درمان خودآزاری در جوانان، مداخلات اولیه والدین - نوزاد انجام شده است. اختلال شخصیت مرزی در ۶۸ تا ۴۲ درصد موارد با عوامل ژنتیکی همراه است و معمولاً تمام اجزای مهم این اختلال

- 1.Borderline personality disorder
- 2.interpersonal relationship
- 3.Mood
- 4.self-image
- 5.Mentalization-based therapy

مشاوره شهر قم در محدوده سنی ۱۸-۳۵ و از مرداد ماه تا مهر ماه ۱۳۹۹ بودند. حجم نمونه بصورت در دسترس بود که از این تعداد ۶۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گارش شدند. گروهها قبل و بعد از درمان، با دو پرسشنامه میلون-۳ و افسردگی گلدنبرگ و همچنین براساس معیارهای DSM-5 مورد مصاحبه قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه میلون-۳: پرسشنامه میلون-۳ توسط تیودور میلون (۱۹۹۴) ساخته شده و شامل ۱۴ الگوی بالینی و ده نشانگان بالینی است. اعتباریابی و روایی این آزمون بالا است. در ایران اعتبار آزمون از طریق همسانی درونی محاسبه و ضریب الفای مقیاس در دامنه ۰/۸۷ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پی از سانحه) به دست آمده است. همچنین همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی آن در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است (۲۰).

پرسشنامه افسردگی گلدنبرگ: این پرسشنامه توسط گلدنبرگ (۱۹۷۱) (۲۱) دارای ۱۸ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان اختلال افسردگی و یا احتمال ابتلا به آن است. هریک از عبارات در یک طیف ۵ درجه ای (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم، اصلا) نمره گذاری می شوند. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک تک سوالات را با هم جمع نمایید. این امتیاز دامنه ای از ۰ تا ۹۰ خواهد داشت. چنانچه امتیاز کسب شده ۱۰-۱۷ باشد، احتمال رشد افسردگی وجود دارد. نمرات ۱۸-۲۱ نشانه افسردگی در سطح مرزی آن است، نمرات ۲۲-۳۵ افسردگی خفیف تا متوسط را نشان می دهد و نمرات ۳۶-۵۳ افسردگی متوسط و نمره ۵۴ و بالاتر نشانه افسردگی شدید است. در پژوهش ماگناویتا (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی

در خانواده های آنها قابل ردیابی است (۱۸). شواهد، نشان می دهد هورمون های عصبی مانند اکسی توسین اپیویدها، ترس های اغراق آمیز از طرد و ترک شدن را که مشخصه ی مرزی است، میانجیگری می کند. به نظر می رسد که تاثیرات محیطی نیز در بیماری زایی این اختلال حایز اهمیت باشد. عدم امنیت ارتباطی، دوره های هذیان گویی، رفتار خودآسیب رسان همراه با پرخوری یا بی اشتهاپی عصبی و اختلال افسردگی عمده در این بیماران بیشتر دیده می شود (۱۹). پژوهشها نشان داده است اثربخشی MBT^۱ در بهبود دلبستگی ناایمن و بیکفایتی اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر است (۹،۱۰). همچنین بیماران افسرده معمولا تحت درمان عاطفه هراسی نتایج بهتری نشان داده اند؛ بنابراین شیوع بالا و افزایش میزان خودکشی در این بیماران دلایل مستدلی هستند که اهمیت توسعه و کاربست درمان های مؤثر برای این اختلال را نشان می دهد. از سوی دیگر نتایج پژوهشها وجود افسردگی را در افراد مبتلا به مرزی و نیز اثربخش بودن MBT و APT بر کاهش علائم مرزی و افسردگی را نشان داده اند. عدم بررسی MBT در بیماران مبتلا به مرزی در ایران، خلاء ای است که با این مطالعه پر خواهد شد و نتیجه چنین مطالعه ای به عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسیهای بیشتر و نیز طراحی مداخلات متناسب جهت بهبود این بیماران خواهد بود. بنابراین این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی MBT و APT بر بهبود علائم اختلال شخصیت مرزی و افراد مبتلا به اختلال افسردگی در صدد پاسخ به این سوال است که آیا اثر بخشی درمان مبتنی بر فویبای عاطفی و ذهنی سازی در کاهش مشکلات افراد افسرده و طیف شخصیت مرزی تاثیر متفاوتی دارد؟

ابزار پژوهش

این پژوهش یک مطالعه کاربردی از نوع تجربی (آزمایش) با پیش آزمون و پس آزمون و گروه گواه با پیگیری دوماهه است. جامعه آماری در این پژوهش شامل ۱۲۰ نفر از زنان دارای علائم طیف شخصیت مرزی و افسرده مراجعه کننده به مراکز

1. Millon
2. Alcohol Dependence
3. Post Traumatic Stress Disorder
4. Schizoid
5. Goldenberg Depression Inventory
6. Magnavita

1. Mentalization- Based Therapy
2. affect phobia training

درمانی، با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و به کارگیری روشهای آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (آنکوا) به بررسی مولفه‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته است.

گلدبرگ ۰/۷۸ بدست آمد که بیانگر پایایی خوب این ابزار است. همچنین روایی این پرسشنامه در ایران توسط تقوی (۱۳۸۰) (۲۲) مورد تایید و معادل ۰/۸۷ برآورد شده است. جمع آوری نتایج حاصل از مصاحبه و پرسشنامه‌ها و اجرای روش‌های

پروتکل درمانی هراس عاطفی (مک کالو، ۲۰۰۳) و ذهنی سازی (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶)

جلسات	محتوای جلسات عاطفه هراسی	محتوای جلسات ذهنی سازی
اول	مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی. تعریف عاطفه و توضیح و بیان انطباقی در مقابل بیان غیر انطباقی عواطف. نقش اضطراب و اهمیت تعدیل اضطراب	مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی. بیان ابعاد و مزایای ذهنی سازی. بیان اهداف جلسه (شاخص‌های ذهنی سازی ضعیف و خوب مشکلات در ذهن خوانی خوددیگران، مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری و حساسیت بین فردی. شفاف سازی تفسیرهای شرکت کنندگان از سوی رهبر گروه. ارائه تکلیف خانگی
دوم	پیدا کردن تعارضات روان پویایی و درک هراس عاطفی با استفاده از مثلث مالان. ایجاد تمایزهای مهم در مورد احساس ها. -بازسازی عاطفه هراسی از طریق حساسیت زدایی منظم. -شناسایی دفاع‌ها و شناسایی احساس‌های فعال ساز انطباقی. -شناسایی اضطراب‌ها و بازداری‌ها.	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان اهداف جلسه (چگونگی برخورد با هیجان‌ها و احساسات تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران. خود تنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند. نحوه مدیریت کردن احساسات غیر ذهنی ناراحت کننده. ارائه تکنیک آرمیدگی.
سوم	اشاره به دفاع‌های عاقلانه هراس آور و اشاره به توانمندی‌هایی که در کنار عواطف وجود دارد. مدیریت دفاع‌ها و تکرار مداخلات تا زمانی که دفاع‌ها بازسازی شوند.	مرور مطالب جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان مبتنی بر ذهنی سازی. آموزش و تمرین ذهنی سازی در گروه. ارائه تکلیف خانگی.
چهارم	شناسایی منشأ دفاع‌ها و پیامدهای رفتارهای دفاعی و شناسایی نفع ثانویه دفاع‌ها و تکرار مداخلات برای تقویت انگیزه رها کردن دفاع‌ها	مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران انجام فعالیت گروهی. ارائه آموزش در مورد دوره و درمان افسردگی و اختلال مرزی.
پنجم	مرور کلی تجربه عاطفه. مواجهه با احساس و عاطفه هراس آور.	بررسی تکالیف. پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود. تایید مطرح شده اعضای گروه شفاف سازی مباحث مطرح شده اعضای گروه توسط درمانگر
ششم	شناسایی دام‌ها در تجربه عاطفه و تکرار مداخلات تا زمانی که عاطفه هراسی حساسیت زدایی شود.	کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن آنها. شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباحث مطرح شده از سوی گروه
هفتم	بازسازی خود: بازسازی احساس نسبت به خود، تشویق والدگری برای خود و کاهش برون سازی و تکرار فرایند حساسیت زدایی نسبت به هراس‌ها و ایجاد خود ارزشمندی.	آموزش ذهنی سازی برای تسهیل اعتماد معرفتی. ذهنی سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال.
هشتم	بازسازی دیگران: ایجاد تصویر درونی انعطاف پذیر از دیگران و آماده سازی برای خاتمه دادن به درمان.	آماده سازی برای پایان دادن به درمان. تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه پایان دادن درمان. پایان دادن درمان.

در ادامه یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

نتایج

جدول ۱ - شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی در گروه‌ها

گروه	میانگین	انحراف معیار
درمان مبتنی بر ذهنی سازی	۶۴/۷۳	۳/۶۹۳
پیش آزمون افسردگی	۴۱/۰۷	۷/۰۴۵
پس آزمون افسردگی	۳۹/۹۳	۱۴/۷۱۴
درمان مبتنی بر عاطفه هراسی	۶۸/۸۰	۳/۴۰۶
پیش آزمون افسردگی	۲۶/۲۰	۸/۷۷۷
پس آزمون افسردگی	۵۳/۴۷	۶/۵۰۱
کنترل	۶۷/۸۰	۶/۶۷۲
پیش آزمون افسردگی	۶۶/۳۳	۶/۵۶۵
پس آزمون افسردگی	۶۴/۸۷	۷/۶۶۱

جدول ۱، نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی در پیش آزمون افسردگی به ترتیب برابر با ۶۴/۷۳ و ۳/۶۹۳؛ در پس آزمون ۴۱/۰۷ و ۷/۰۴۵، و در پیگیری ۳۹/۹۳ و ۱۴/۷۱۴ است. میانگین و انحراف معیار گروه درمان مبتنی بر عاطفه هراسی در پیش آزمون افسردگی به ترتیب برابر با ۶۸/۸۰ و ۳/۴۰۶؛ در پس آزمون ۲۶/۲۰ و ۸/۷۷۷، و در پیگیری ۵۳/۴۷ و ۶/۵۰۱ است. میانگین و انحراف معیار گروه کنترل در پیش آزمون افسردگی به ترتیب برابر با ۶۷/۸۰ و ۶/۶۷۲؛ در پس آزمون ۶۶/۳۳ و ۶/۵۶۵، و در پیگیری ۶۴/۸۷ و ۷/۶۶۱ است. کجی و کشیدگی نمرات در دامنه دو انحراف معیار قرار دارند.

جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی در پیش آزمون افسردگی به ترتیب برابر با ۶۹/۵۳ و ۳/۶۸۱؛ در پس آزمون ۳۶/۹۳ و ۵/۷۳۸، و در پیگیری ۳۱/۶۰ و ۸/۰۸۷ است. میانگین و انحراف معیار گروه درمان مبتنی بر عاطفه هراسی در پیش آزمون افسردگی به ترتیب برابر با ۶۸/۰۷ و ۳/۹۹۰؛ در پس آزمون ۴۴/۵۳ و ۷/۶۶۱، و در پیگیری ۴۸/۶۰ و ۶/۵۶۶ است. میانگین و انحراف معیار گروه کنترل در پیش آزمون افسردگی به ترتیب برابر با ۶۸/۷۳ و ۴/۰۹۶؛ در پس آزمون ۷۲/۱۳ و ۵/۳۳۰، و در پیگیری ۶۵/۷۳ و ۸/۰۷۵ است. کجی و کشیدگی نمرات در دامنه دو انحراف معیار قرار دارند.

جدول ۲ - شاخص‌های توصیفی نمرات اختلال مرزی در گروه‌ها

گروه	میانگین	انحراف معیار
درمان مبتنی بر ذهنی سازی	۶۹/۵۳	۳/۶۸۱
پیش آزمون مرزی	۳۶/۹۳	۵/۷۳۸
پس آزمون مرزی	۳۱/۶۰	۸/۰۸۷
درمان مبتنی بر عاطفه هراسی	۶۸/۰۷	۳/۹۹۰
پیش آزمون مرزی	۴۴/۵۳	۷/۶۶۱
پس آزمون مرزی	۴۸/۶۰	۶/۵۶۶
کنترل	۶۸/۷۳	۴/۰۹۶
پیش آزمون مرزی	۷۲/۱۳	۵/۳۳۰
پس آزمون مرزی	۶۵/۷۳	۸/۰۷۵

جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی در پیش آزمون اختلال مرزی به ترتیب برابر با ۶۹/۵۳ و ۳/۶۸۱؛ در پس آزمون ۳۶/۹۳ و ۵/۷۳۸، و در پیگیری ۳۱/۶۰ و ۸/۰۸۷ است. میانگین و انحراف معیار گروه درمان مبتنی بر عاطفه هراسی در پیش آزمون اختلال مرزی به ترتیب برابر با ۶۸/۰۷ و ۳/۹۹۰؛ در پس آزمون ۴۴/۵۳ و ۷/۶۶۱، و در پیگیری ۴۸/۶۰ و ۶/۵۶۶ است. میانگین و انحراف معیار گروه کنترل در پیش آزمون اختلال مرزی به ترتیب برابر با ۶۸/۷۳ و ۴/۰۹۶؛ در پس آزمون ۷۲/۱۳ و ۵/۳۳۰، و در پیگیری ۶۵/۷۳ و ۸/۰۷۵ است. کجی و کشیدگی نمرات در دامنه دو انحراف معیار قرار دارند.

جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی در پیش آزمون اختلال مرزی به ترتیب برابر با ۶۹/۵۳ و ۳/۶۸۱؛ در پس آزمون ۳۶/۹۳ و ۵/۷۳۸، و در پیگیری ۳۱/۶۰ و ۸/۰۸۷ است. میانگین و انحراف معیار گروه درمان مبتنی بر عاطفه هراسی در پیش آزمون اختلال مرزی به ترتیب برابر با ۶۸/۰۷ و ۳/۹۹۰؛ در پس آزمون ۴۴/۵۳ و ۷/۶۶۱، و در پیگیری ۴۸/۶۰ و ۶/۵۶۶ است. میانگین و انحراف معیار گروه کنترل در پیش آزمون اختلال مرزی به ترتیب برابر با ۶۸/۷۳ و ۴/۰۹۶؛ در پس آزمون ۷۲/۱۳ و ۵/۳۳۰، و در پیگیری ۶۵/۷۳ و ۸/۰۷۵ است. کجی و کشیدگی نمرات در دامنه دو انحراف معیار قرار دارند.

جدول ۳- تحلیل کوواریانس اثرات درمانها در نمرات افسردگی

درجہ آزاد							
منبع تغییرات	وابستہ	مجموع مجذورات	ی	میانگین مجذورات	F	معنی دای	اندازہ اثر
گروه	پس آزمون افسردگی	۱۲۶۶۶/۴۴۸	۲	۶۳۳۳/۲۲۴	۱۲۷/۰۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۷
خطا	پیگیری افسردگی	۴۲۱۹/۰۴۶	۲	۲۱۰۹/۵۲۳	۲۳/۹۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱
	پس آزمون افسردگی	۱۹۴۴/۴۷۴	۳۹	۴۹/۸۵۸			
	پیگیری افسردگی	۳۴۳۳/۰۰۴	۳۹	۸۸/۰۲۶			
کل	پس آزمون افسردگی	۱۴۶۱۳/۶۷۴	۴۲				
	پیگیری افسردگی	۸۹۸۸/۷۴۴	۴۲				

جدول ۳، نشان می‌دهد کہ بین گروه‌های درمانی در پس آزمون (eta = ۰/۵۵۱ و $p < ۰/۰۰۱$ و $F(2,39) = ۲۳/۹۶۵$) افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. (eta = ۰/۸۶۷ و $p < ۰/۰۰۱$ و $F(2,39) = ۱۲۷/۰۲۴$) و پیگیری

جدول ۴- مقایسه‌های چندگانه در پس آزمون و پیگیری افسردگی

تفاوت			وابستہ	
معنی دای	خطای معیار	میانگین	(J) گروه	(I) گروه
۰/۰۰۱	۲/۷۸۵	۱۶/۷۱۹	درمان مبتنی بر عاطفہ ہراسی	درمان مبتنی بر ذهنی سازی
۰/۰۰۱	۲/۷۰۳	-۲۴/۷۵۸	کنترل	
۰/۰۰۱	۲/۷۸۵	-۱۶/۷۱۹	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	درمان مبتنی بر عاطفہ ہراسی
۰/۰۰۱	۲/۶۲۸	-۴۱/۴۷۷	کنترل	
۰/۰۰۳	۳/۷۰۱	-۱۳/۱۳۵	درمان مبتنی بر عاطفہ ہراسی	درمان مبتنی بر ذهنی سازی
۰/۰۰۱	۳/۵۹۱	-۲۴/۸۴۶	کنترل	
۰/۰۰۳	۳/۷۰۱	۱۳/۱۳۵	درمان مبتنی بر ذهنی سازی	درمان مبتنی بر عاطفہ ہراسی

در پژوهش حاضر به بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و عاطفہ ہراسی در کاهش اختلال مرزی نیز پرداختہ شد کہ نتایج آن در جدول ۵ قابل ملاحظہ می‌باشد.

جدول ۵- تحلیل کوواریانس اثرات درمانها در نمرات اختلال مرزی

منبع تغییرات	وابستہ	مجموع مجذورات	درجہ آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی دای	اندازہ اثر
گروه	پس آزمون مرزی	۹۷۵۴/۲۴۵	۲	۴۸۷۷/۱۲۲	۱۶۶/۱۸۸	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷
خطا	پیگیری مرزی	۹۱۰۴/۸۱۲	۲	۴۵۵۲/۴۰۶	۹۳/۸۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۳۲
	پس آزمون مرزی	۱۱۱۵/۱۸۴	۳۸	۲۹/۳۴۷			
	پیگیری مرزی	۱۸۴۴/۲۳۸	۳۸	۴۸/۵۳۳			
کل	پس آزمون مرزی	۱۰۹۸۹/۹۰۵	۴۱				
	پیگیری مرزی	۱۰۹۵۴/۴۰۵	۴۱				

عاطفی مشترک بین بیمار و درمانگر تجربه بیمار در این مورد که او تنها نیست، افزایش می‌یابد و نشان می‌دهد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویا بودن مفید باشد (۶). بنابراین می‌تواند باعث کاهش بیگانگی در فرد شود. تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان، زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن به کاوش حالتهای پیچیده تر ذهنی در زمینه‌ی از دل‌بستگی پرداخته شود (۲۵).

افراد مبتلا به BPD در نتیجه درمان، سازگاری روانشناختی بهتر و گستره وسیعتری از مکانیسمها را به دست می‌آورند که آنها را قادر می‌سازد با شرایط استرس زا و مشکلات روزمره به طور مؤثرتری مواجه شوند چرا که MBT، باعث بهبود توانایی ذهنی سازی در افراد مبتلا به BPD می‌شود (۱۱)؛ سطوح بالای ذهنی سازی با تاب آوری در برابر شرایط استرس زا و توانایی بهره‌گیری از یک دیدگاه متفاوت در نتیجه ناملايمات مرتبط می‌باشد (۶). علاوه بر این، افرادی که ذهنی ساز قوی هستند ظرفیت خوبی نیز برای عضوگیری رابطه نشان می‌دهند، به عبارتی آنها قادرند با دیگران که مراقب و مفید هستند و می‌توانند در تنظیم مؤثر استرس و ناملايمات کمک کنند، ارتباط برقرار کنند؛ بدون ذهنی سازی، حس قوی از خود، تعامل اجتماعی سازنده، تقابل در روابط و احساس امنیت شخصی نمی‌تواند وجود داشته باشد (۶). به عبارتی، اختلال در ذهنی سازی با سردرگمی هویت مرتبط است و آن نیز به نوبه خود با مشکلات بین فردی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مرتبط است (۲۶). بنابراین، MBT با شفاف سازی مشکلات، ذهنی سازی جزئیات مشکل، ذهنی سازی رابطه و فرایندهای بین فردی در گروه درمان باعث تسهیل اعتماد شناختی در گروه شده که آن نیز به نوبه خود باعث تغییر در عملکرد ذهن افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود؛ این تغییر باعث بهبود عملکرد بهتر فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در موقعیتهای بین فردی و استرس زا می‌شود (۲۷).

همچنین در تبیین اینکه عاطفه‌هراسی مؤثرتر از درمان ذهنی سازی در کاهش افسردگی افراد مبتلا به افسردگی است،

جدول ۵، نشان می‌دهد که بین گروه‌های درمانی در پس آزمون ($\eta^2 = 0/897$ و $p < 0/001$ و $F(2,39) = 166/188$) و پیگیری ($\eta^2 = 0/832$ و $p < 0/001$ و $F(2,39) = 93/801$) اختلال مرزی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و عاطفه‌هراسی در کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی و افسردگی تفاوت وجود دارد و ذهنی سازی بر کاهش علایم در اختلال شخصیت مرزی مؤثرتر از درمان مبتنی بر عاطفه‌هراسی در درمان اختلال مرزی است. همچنین درمان عاطفه‌هراسی مؤثرتر از ذهنی سازی در درمان افسردگی است.

نتایج این یافته با دیگر نتایج در این زمینه همسویی دارد به عنوان مثال: پژوهش محمودی (۱۳۹۳)، حسینی (۱۳۹۷) و عینی (۱۳۹۷) و اولیویرا و همکاران (۲۰۱۷) که در پژوهش خود نشان دادند که MBT در درمان نوجوانان مبتلا به BPD مؤثر است (۲۳، ۲۴، ۱۱، ۷). پیترسون و اند (۲۰۱۶) نیز در پژوهش خود نشان داد که زیاد بودن تجارب از تنبیه‌های دوران کودکی با کاهش توانایی ذهنی سازی در بزرگسالی رابطه دارد و کاهش توانایی ذهنی سازی زیربنای اختلال شخصیت مرزی است. همچنین یافته‌های این پژوهش از تأثیر MBT در بهبود بیماران مبتلا به BPD حمایت کرده است (۸).

در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که در افراد مبتلا به BPD به دلیل دل‌بستگی آشفته در دوران کودکی نوعی بی‌اعتمادی معرفتی ایجاد شده است که مانع از تعاملات اجتماعی سازنده می‌شود. MBT با به کار بردن نشانه‌های تظاهرآمیز باعث افزایش اعتماد معرفتی در این افراد می‌شود. بازخوانی اعتماد معرفتی از طریق ذهنی سازی بهبودیافته در طی درمان به فرد اجازه می‌دهد تا مسائل را بهتر درک کند و ذهنش را برای فهمیدن احساساتش بگشاید. فرد با غلبه بر بی‌اعتمادی معرفتی اطلاعات مثبت اجتماعی که قبلاً رد شده بود را تثبیت می‌کند و قادر به تغییر باورهایش می‌شود (۱۰). از سوی دیگر MBT یک موضع ندانستن ارائه می‌دهد که پایه‌ای برای کاوش دیدگاه فرد می‌باشد یعنی با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی

عاطفه بازدارنده مرتبط را برانگیزد؛ مثلاً فردی که به علت قاطعیت و خشمگین بودن مورد سرزنش قرار گرفته و شرم‌منده شده است، هنگام ظهور احساس قاطعیت یا خشم، بطور خودکار احساس شرم خواهد کرد (۳۱) و عاطفه هراسی زمانی آغاز می‌شود که بازداری‌ها مانند شرم به آشفتگی شدید بیانجامد و یا در مورد احساس‌های فعال ساز مانند خشم به حدی قوی باشند که مانع ابراز انطباقی شوند. اصطلاح دیگری که در این شرایط مورد استفاده قرار می‌گیرد، تعارض روان پویایی است. این اصطلاح نشان می‌دهد چگونه عواطف فعال ساز و بازدارنده به عنوان نیروهای درون روانی در جهت‌های متضاد به فرد فشار می‌آورد (۳۲).

در واقع عاطفه هراسی، زمانی رخ می‌دهد که پیامدهای مثبت، بجای بازداری‌های محدود کننده یا تنبیه گر، با کنش‌ها و احساسات انطباقی پیوند می‌یابند. بر اساس این دیدگاه، درمان، نیروی خود را از تجربه هیجانی اصلاح گر، به عاریت می‌گیرد (۳۳). در واقع، بازسازی خود و دیگری یعنی بدست آوردن تصورات انطباقی از خود و دیگران در این بازسازی ضرورت دارد زیرا بیماران از داشتن احساس مثبت نسبت به خود و احساس نزدیکی نسبت به دیگران می‌ترسند و با بازسازی خود، به بهبود خودانگاره و آغاز مراقبت از خود و ایجاد ادراک‌های انطباقی تر در مورد دیگران و برقراری پیوندهای انطباقی تر با آنان رو می‌آورد.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران می‌باشد."
در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: به طور معمول در APT، درمانگر از دفاع‌های مراجع استفاده می‌کند و به او کمک می‌کند تا موارد زیر را مشاهده و تجربه کند و در نهایت بتواند اضطراب خود را تنظیم کند. این درمان شامل سه هدف اصلی است: تغییر ساختار دفاعی (شناخت و رهایی از دفاعهای ناسازگار)، تجدید ساختار دهی کارآمد (حساسیت زدایی با قرار گرفتن در معرض احساسات تحریک شده) و تجدید ساختار خود و دیگری (بهبود احساس‌های خود و رابطه با دیگران). هدف اصلی این نوع روان درمانی این است که مراجع بتواند به ابراز تطبیقی احساساتی که قبلاً از آنها اجتناب می‌کرد برسد و همین امر منجر به کاهش اضطراب و افسردگی در وی شود (۲۸، ۲۹).

نظریه فوبی عاطفی دو سیستم تأثیر انگیزشی مرتبط را که با سیستم دلبستگی و مدل‌های درونی کار ما از خود و دیگران مرتبط است، ادغام می‌کند: احساسات مثبت نسبت به خودمان و نزدیکی عاطفی نسبت به دیگران (۲۸). ترکیب این سیستم‌های تأثیر انگیزشی هم از لحاظ نظری و هم از نظر بالینی دارای اهمیت است زیرا برخی محققان دلبستگی را در لیست احساسات اساسی قرار می‌دهند (۲۹). در دو هدف تغییر ساختار دفاعی و بازسازی، از مداخلات درمانی که قبلاً استفاده می‌شد، به خصوص درمانهای شناختی و رفتاری و ارتباطی استفاده می‌شود و کاهش افسردگی یک اصل ثابت در طول درمان است (۳۰). بازسازی ساختار دفاعی شامل همدلی کردن با مراجع برای تشخیص و کنار گذاشتن روشهایی است که آنها به صورت خاصی در مورد عواطف انطباقی استفاده می‌کنند (۳۱). بنابراین از آنجا که در افراد افسرده عاطفه هراسی و تعارض احساسها در دوران تحول و رشد شکل می‌گیرد. مراقبان بطور طبیعی از عواطف بازدارنده برای شکل دادن به رفتار کودک استفاده می‌کنند (مثل ساکت باش، اعصاب ما رو خورد کردی) و مشکلات زمانی ایجاد می‌شود که بازداری شدیدی بر روی عواطف انطباقی فعال ساز کودک مانند خشم و غم و برانگیختگی اعمال می‌شود (۳۱). بنابراین در اثر فعالیت شرطی شدن کلاسیک، عاطفه انطباقی فعال ساز می‌تواند

References

- Huprich, SK., Nelson, SM., Lenqu, K., Albright, J.(2018). Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. *Journal of Personality Disorders* , 8:46 -53
- Rosenstein, L., Ellison, W. D. , Walsh, E. , Chelminski, I. , Dalrymple, K. , & Zimmerman, M. (2018). The role of emotion regulation difficulties in the connection between childhood emotional abuse and borderline personality features. *Personal Disorder*, 9(6) , 590-594.
- World Health Organization. (2018). Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Hall, M. A., Riedford, K. M. (2017). Borderline Personality Disorder: Diagnosis and Common Comorbidities. *Journal for Nurse Practitioners*, 13(9) : 455-456.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L., Chelminski, I., Dalrymple, K. Zimmerman, M. (2016). The clinical significance of single features of borderline personality disorder: anger, affective instability, impulsivity, and chronic emptiness in psychiatric outpatients. *Journal of personality disorders*, 30(2) : 261-270.
- Bateman, A., Fonagy, P.(2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders*. 1th ed. United Kingdom: Oxford University Press.
- Oliveira, C.D., Rahioui, H., Smadja, M., Gorsane, M.A., Louppe, F.(2017). Mentalization based treatment and borderline personality disorder. *L'Encéphale* , 43:340 -345
- Petersen , R., Brakoulias,V., Langdon, R.(2016). An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 16:12-21.
- Edel, M.A., Raaff, V., Dimaggio, G., Buchheim, A., Brune. M.(2017). Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder - A pilot study. *The British Journal of Clinical Psychology* ,56:1-15
- Kalleklev, J., Karterud, S.(2018). A comparative study of a mentalization-based versus a psychodynamic group therapy session. *Group Analysis*. (on-line). Available:
- Eini, S., Nariman, M., Atadokht, A., Basharpour, S., Sadeghi Movahed, F. (1398). Comparison of the effectiveness of subjectivity-based therapy and cognitive-analytic therapy on improving the thematic relationships of people with borderline personality disorder. *Journal of Jihad Sazandegi Research Institute of Health Sciences*. 17: 3. 287-275. (in Persian)
- Rossouw, TI., Fonagy, P.(2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* , 51(12): 1304-13.
- Saunders, R., Buckman, J. E., Cape, J., Fearon, P., Leibowitz, J., & Pilling, S. (2019). Trajectories of depression and anxiety symptom change during psychological therapy. *Journal of affective disorders*, 2(49): 327-335
- Teresa,E., Morken.K, Binder.P, Margot Arefjord.N,Wiggen Karterud,S.(2019). Mentalization-Based Treatment From the Patients' Perspective What Ingredients Do They Emphasize?*Frontiers in Psychology*.10(4):1-13
- Suri, P., Shokrzadeh, Sh. (1398). Evaluation of personality pathology dimensions and cognitive abilities in people with borderline personality disorder. *Growth Psychology*. 7 (40): 163-153. (in Persian)
- Hayden, MC., Müllauer, PK., Gaugeler, R., Senft, B., Andreas, S.(2018). Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. *journal clinical psychology*, 74: 2276-86
- Fishman, D. B., Messer, S.B., Edwards, D.J.A., Dattilio, F.M. (2017). *Case studies within psychotherapy trials: Integrating qualitative and quantitative methods*. New York:Oxford.
- Alivand, M., Hashemi, T., Beyrami, M., Bakhshipour, A., Sharifi, M. (1397). The role of childhood abuse and alexithymia in predicting borderline personality disorder: A study in a nonclinical population. *Psychological research*. 21: 2. 73-96. (in Persian)
- Gunderson, J.G. (2011). Borderline personality disorder. *New England Journal of Medicine*, 364: 2037- 41.
- Sharif, A., Rumi, H., Namdari, K. (1387). Millon Scale Validation 3. *Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*.34: 27-38. (in Persian)
- Goldberg, DP., Hillier, VF.(1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9(1):139-45.
- Taghavi. (1380). Assessing the validity and general reliability of the Health Questionnaire (GHQ). *Journal of Psychology*. 4 (5): 381-95. (in Persian)
- Mahmoudi Ghahsareh, M., Agham Mohammadian Sharabaf, H., Deghani, M., Hassanabadi, H. (1393). Effectiveness of short-term scanning of lubricating therapy with anxiety regulation method in the treatment of

- men with social phobia. *Iranian Journal of Forensic Medicine and Clinical Psychology*. 20 (2): 120-111. (in Persian)
24. Hosseini, A., Pouyan, M., Valizadeh, A., Moradi, A. (1397). Dynamic modeling of the effectiveness of third-wave cognitive-behavioral therapies and antidepressants on major depressive disorder. *Quarterly Journal of Psychological Health Research*. 4:16. 12-27. (in Persian)
 25. Kellett, S., Bennett, D., Ryle, T., Thake, A.(2013). Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: Therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clinical Psychology Psychotherapy* , 20: 216-225
 26. Lieberman MD.(2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annu Rev Psychol*, 58: 259-89.
 27. Bach, B., Lee, C., Mortensen, E. L., Simonsen, E. (2016). How do DSM-5 personality traits align with schema therapy constructs? *Journal of Personality Disorders*, 30:502–529
 28. McCullough, L., Kuhn, N., Kaplan, A., Wolf, J., Lanza, C.(2003). *Treating affect phobia*. Publish by the Guilford press. A division of Guilford publications, Inc. 72 Spring street, New York, London, NY 10012.
 29. Gimeno, E., Chiclana, C.(2017). Cognitive analytic therapy and mentalizing function. *European Psychiatry*, 41: S776
 30. Farajzadeh, Z., Keramatnia, F., Saadatjoo, A. (1397). The effect of group training on coping with depression in cognitive-behavioral method on depression of nurses in Birjand teaching hospitals. *Journal of Nursing Education*. 6: 7. 46-39. (in Persian)
 31. Frankl, M., Philips, B., Berggraf, L., Ulvenes, P., Johansson, R., & Wennberg, P. (2016). Psychometric properties of the Affect Phobia Test. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57: 482–488
 32. Osborn, K., Ulvenes, P., Wampold, B., & McCullough, L. (2014). *Creating change through focusing on affect: Affect Phobia Therapy*. In N. Thoma & D. McKay (Eds.), *Working with emotions in cognitive behavioral therapy: Techniques for clinical practice* (pp. 146-174). New York: Guilford Press.
 33. Dvorak, R. D., Sargent, E. M., Kilwein, T. M., Stevenson, B. L., Kuvaas, N. J., & Williams, T. J.(2014). Alcohol use and alcohol-related consequences: associations with regulation difficulties. *American Journal of Drug and Alcohol* , 40(2):125-30

Original Article

Comparison of the effectiveness of Mentalization-based therapy and affect phobia therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder and depression

Received: 07/04/2021 - Accepted: 08/11/2021

Tahereh Haj Mohamad Hoseini¹
Hasan Mirzahoseini^{2*}
Majid Zargham Hajebi³

¹ PhD student General Psychology,
Department of Psychology, Qom
Branch, Islamic Azad University,
Qom, Iran

² Assistant Professor, Department of
Psychology, Qom Branch, Islamic
Azad University, Qom, Iran
(Corresponding author)

³ Associate Professor, Department of
Psychology, Qom Branch, Islamic
Azad University, Qom, Iran.

Email:
mirzahoseini.hasan@yahoo.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare the effectiveness of mentalization therapy and emotion therapy treatment in reducing the symptoms of borderline personality disorder and depression.

Methods: This study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with control group and two-month follow-up. The statistical population in this study were women with symptoms of borderline and depressed personality who referred to counseling centers in Qom in the age range of 18-35 and from August to October with two questionnaires of Milon-3 (Milon) and Goldenberg depression (1971). And were interviewed and tested according to DSM-5 criteria. Then, both experimental groups underwent subjectivization treatment (Batman and Funagi, 2016) and emotion therapy in 8 sessions of 90 minutes per week, and the control group was placed on a waiting list.

Results: The results of data analysis by analysis of covariance showed a positive and significant effect of mentalization and emotion therapy in depressed people.

Conclusion: The results showed that the treatment of subjectivity is effective in reducing the symptoms of borderline personality disorder and the treatment of affective phobia is effective in reducing the symptoms of depression in people with depression.

Keywords: mentalization therapy, emotion therapy treatment, symptoms of borderline personality disorder and depression