



# مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر عاطفه‌هراسی بر کاهش علائم افسردگی در زنان طیف شخصیت مرزی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران  
استادیار گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران  
دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

طاهره حاج محمد حسینی <sup>id</sup>  
حسن میرزا حسینی\* <sup>id</sup>  
مجید ضرغام حاجبی <sup>id</sup>

h.mirzahouseini@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۰۳

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۹

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰  
http://Aftj.ir

دوره ۳ | شماره ۱ | پیاپی ۱۰ | ۳۶-۲۱  
بهار ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

## چکیده

**هدف:** هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی در مقایسه با درمان مبتنی بر عاطفه‌هراسی بر کاهش علائم افسردگی زنان طیف شخصیت مرزی بود. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش ۱۲۰ نفر از زنان دارای علائم طیف شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم در بازه مردادماه تا مهرماه ۱۳۹۹ بود که پس از غربالگری با پرسشنامه افسردگی گلدنبرگ (۱۹۷۱) و مصاحبه بر اساس معیارهای DSM-5 ۶۰ زن به صورت هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۲۰ زن) به صورت تصادفی گمارش شدند. گروه آزمایش اول درمان مبتنی بر ذهنی سازی بتمن و فونانگی (۲۰۱۶) و گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر عاطفه‌هراسی مک‌کالو (۲۰۰۳) را در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه دریافت کردند و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از تأثیر مداخله درمان مداخله مبتنی بر ذهنی سازی ( $F=18/41, P=0/001$ ) با اندازه اثر  $0/36$  و درمان مبتنی بر عاطفه‌هراسی ( $F=20/35, P=0/001$ ) با اندازه اثر  $0/38$  بر افسردگی زنان و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود. **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از درمان عاطفه‌هراسی در کنار دارودرمانی می‌توان برای بیماران مبتلابه افسردگی استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی، درمان ذهنی سازی، درمان عاطفه‌هراسی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

حاج محمد حسینی، میرزا حسینی و ضرغام حاجبی، (۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

حاج محمدحسینی، طاهره، میرزا حسینی، حسن، و ضرغام حاجبی، مجید (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر عاطفه‌هراسی بر کاهش علائم افسردگی در زنان طیف شخصیت مرزی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۱۳(۱) پیاپی ۲۱-۳۶.

## مقدمه

افسردگی به‌طور منفی بر عاطفه، شناخت و رفتار تأثیر می‌گذارد و منجر به انواع مشکلات هیجانی و جسمانی می‌شود، همچنین افسردگی می‌تواند عملکرد فرد را در موقعیت‌های مختلف کاهش دهد (بارخ و اسمیت، ۲۰۱۷). تحقیقات انجام‌شده در رابطه با افسردگی حاکی از آن است که تقریباً ۳۴۱ میلیون نفر از جمعیت دنیا به اختلال افسردگی مبتلا هستند (یرمیا، ۲۰۱۵). به صورتی که از هر شش نفر، یک نفر افسردگی را تجربه می‌کند (سینگهال، ۲۰۱۷)؛ بنابراین پرداختن به متغیرهایی که به تعدیل مشکلات هیجانی و افزایش خلق کمک کند ضرورت دارد. ویژگی رایج تمام اختلال‌های افسردگی، وجود خلق غمگین، ملولیا تحریک‌پذیر، مطابق با تغییرات جسمی و شناختی است که اثر معنی‌داری بر ظرفیت کارکردی فرد دارد. چیزی که آن‌ها را متفاوت می‌کند طول مدت، زمان‌بندی و سبب‌شناسی اختلال است. اختلال افسردگی اساسی شامل یک دوره حداقل دو هفته‌ای با علائم خلق افسرده، کاهش علاقه یا لذت، کاهش یا افزایش اشتها، بی‌خوابی یا خواب‌زدگی، بی‌قراری یا کندی روانی - حرکتی، خستگی یا از دست دادن انرژی، مشکل تمرکز و افکار مرگ است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۸).

وجود بیماری مهم و شایع افسردگی نیز امروزه توجه روان‌شناسان را بیش‌ازپیش به خود جلب نموده است زیرا افسردگی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های ناتوان‌کننده است که امروزه تعداد زیادی از مردم دچار آن شده‌اند. این بیماری، توانایی فرد را در عملکرد، تفکر و احساس، تحت تأثیر قرار می‌دهد و یک مشکل خلقی خاص است که با اندوه، یاس و ناامیدی فراگیر، مشخص می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۸). فرد افسرده اغلب لذت بردن از زندگی را مشکل می‌یابد، احساس تنهایی شدیدی می‌کند و برای درگیر شدن در فعالیت‌های روزمره زندگی از نیرویی کم برخوردار است. بسیاری از مردم در دوره‌هایی از زندگی خود نسبت به رویدادهای زندگی احساس دل‌سردی می‌کنند ولی افسردگی واقعی، عمیق‌تر و طولانی‌تر است و کل وجود شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هال و ریدفورد، ۲۰۱۷).

بنابراین شیوع بالا و افزایش میزان خودکشی در این بیماران دلایل مستدلی هستند که اهمیت توسعه و کاربست درمان‌های مؤثر برای این اختلال را نشان می‌دهد. افسردگی همچنین با کاهش کیفیت زندگی و نیز سطوح بالای اختلال و نقص اجتماعی و حرفه‌ای همراه است که این نقص در حوزه‌های مختلف زندگی رخ می‌دهد و با شدت علائم ارتباط دارد (دیروتن و همکاران، ۲۰۱۷). به همین دلیل، افسردگی تمام جنبه‌های زندگی افراد را با مشکل مواجه می‌کند و خسارت‌های اقتصادی، اجتماعی و انسانی فراوانی را بر جوامع تحمیل می‌نماید و به‌مثابه اختلالی مقاوم به درمان (عباس، ۲۰۰۲) روش‌های درمانی را به چالش کشیده است. به همین دلیل درمان این بیماری توجه پژوهشگران و روان‌شناسان را جلب نموده و آن‌ها را به تلاش برای ابداع و ارائه روش‌های مؤثرتر در این زمینه واداشته است. نتیجه این تلاش‌ها ارائه و اجرای مداخلات مختلف و بررسی اثربخشی آن‌ها در درمان افسردگی بوده است و تاکنون رویکردها و درمان‌های متفاوتی برای کمک به این اختلالات توسط افراد مختلف بکار گرفته‌شده که یکی از این درمان‌ها ذهنی‌سازی و عاطفه‌هراسی است.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نوع خاصی از روان‌درمانی روان‌پویشی است که بتمن و فوناگی (۲۰۱۳) برای درمان بیماران مبتلابه 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 به دست می‌آید و زیربنای رفتارهای آشکار است (فوناگی، ۲۰۱۶). این درمان، یک رویکرد ساختاریافته‌ای 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 قوی‌تر در چارچوب برانگیختگی عاطفی و روابط دلبستگی است. در مرحله پایانی نیز آماده‌سازی بیمار برای پایان دادن به درمان انجام می‌شود (اولیورا، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان داده است اثربخشی ذهنی سازی در بهبود دلبستگی ناایمن و بی‌کفایتی اجتماعی بیماران مبتلابه اختلال شخصیت نیز مؤثر است (اولیورا، ۲۰۱۶؛ پترسون، ۲۰۱۷؛ ادل، ۲۰۱۷؛ کالکلا، ۲۰۱۸). همچنین پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر قدرت ایگو مکانیسم‌های دفاعی (عینی و نریمانی، ۱۳۹۸)؛ بهبود روابط موضوعی (عینی و همکاران، ۱۳۹۷)؛ کاهش خودآزاری و افسردگی (روسو فوناگی، ۲۰۱۲)؛ ظرفیت فکر کردن درباره خود و دیگران (بتمن و فوناگی، ۲۰۰۴)؛ کاهش سطح پریشانی کلی، بهبود بهزیستی روانی، مشکلات بین فردی کمتر و کار بهتر و عملکرد اجتماعی بهتر (بیتی و همکاران، ۲۰۱۹)؛ کاهش اختلال در تنظیم عواطف (ترزا مورگن و همکاران، ۲۰۱۹)؛ کاهش فشار بین فردی (هایدن و همکاران، ۲۰۱۸) و کاهش اضطراب (کریمی و همکاران، ۱۳۹۷) مؤثر است.

یکی دیگر از درمان‌هایی که تمرکز جدی بر بیان و تجربه درروش درمانی خود دارد، درمان فوبی عاطفی (عاطفه هراسی) است؛ که توسط مک کالو همکاران (۲۰۰۳) توسعه داده شده است. عاطفه هراسی از مدل استریتینگ پیروی می‌کند که ساختار روان‌درمانی را برای آن ایجاد کرده است. همان‌طور که قبلاً اشاره شد دو مفهوم مهم در عاطفه هراسی فعال‌سازی سازگاران و اثرات بازدارنده باید باهم در تعادل باشند. فوبیای عاطفی در درجه اول به روابط درونی تأثیرگذار اطلاق می‌شود. از آنجایی که فرد با اضطراب و سایر احساسات بازدارنده درگیر است، در اثر رفتارهای اجتناب‌ناپذیر، از افکار و احساسات محافظت می‌شود و فرد از ابراز احساس هراس جلوگیری می‌کند. رفتارهای اجتنابی اغلب ناسازگارانه است، زیرا فرد مانع از رفتارهای انطباقی سازگاران ذاتی می‌شود و رفتارهای مشکل‌ساز یا علائم روان‌پزشکی را ایجاد می‌کنند (مک کالو همکاران، ۲۰۰۳). مفهوم پردازش عاطفی، زنجیره‌ای از عواطف را توصیف می‌کند که افراد در آن اختلالات عاطفی را جذب می‌کنند تا هیجانات کاهش یابند و سایر تجربیات و رفتارها بتوانند بدون اختلال پیش بروند. در صورت عدم موفقیت این فرایند، ترس‌ها، وسواس‌ها و افکار مزاحم ظاهر می‌شوند، اما اجتناب نامتناسب از تجربیات عاطفی منفی، در ادغام مجدد و برطرف کردن احساسات ناخوشایند منجر به بروز اختلالات روان‌پزشکی خواهد شد (بیکر و همکاران، ۲۰۱۰). در عاطفه هراسی، تمرکز بر شناخت، تجربه، درک و درنهایت ابراز عواطف سازگار است. بیماران به تدریج در معرض احساساتی که از آن‌ها اجتناب می‌کنند، قرار می‌گیرند و به آن‌ها آموزش داده می‌شود تا احساساتی را که در زندگی بیش‌ازحد حاکم است را بهتر تنظیم کنند. هدف از درمان این است که بیمار بیشتر از قبل، احساسات خود را به سمت یک خزانه جدید رفتار

سازگار هدایت کند. عاطفه هراسی تصدیق می‌کند که احساسات مثبت نسبت به خود غالباً ممکن است احساساتی باشد که بیماران معمولاً از آن‌ها دوری می‌کنند؛ بنابراین، هدف از درمان عاطفه هراسی، کاهش انتقاد بیش‌ازحد از خود است، به‌عنوان مثال، در حالت اضطراب تأکید شده است تا فرد احساسات مثبت خود را تقویت کند (فوناگی، ۲۰۱۵). اصول رفتاری مورد استفاده در این روش قرارگیری در معرض محرک‌ها و جلوگیری از پاسخ برای حساسیت‌زدایی هراس عاطفی است. برای کمک به بیماران در بروز عواطف، خاطرات عاطفی خاص از گذشته و همچنین قسمت‌های رابطه فعلی در درمان انتخاب می‌شوند و در واقع، هدف این است که بیمار در معرض عواطف سازگار قرار گیرد (ساندرز، ۲۰۱۹). از مداخلات خاص برای تشویق انجام تجربه عاطفه استفاده می‌شود و این روش در برچسب زدن به هیجانات بیماران به‌صورت شفاهی و همچنین توصیف احساس فیزیولوژیکی هیجانات کمک می‌کنند. برای بهبود عواطف و آموزش بیماران به‌منظور جلوگیری از تحریک تکانشی، درمانگر صحنه‌ها را به‌صورت ذهنی ایجاد می‌کند، درحالی‌که بیمار تصور می‌کند که عمل آن‌ها (ابراز سازگارانۀ عواطف) چه می‌تواند باشد؛ این صحنه‌ها تا زمانی که حساسیت‌زدایی انجام شود تکرار می‌شوند؛ قدم بعدی به سمت هدف اصلی درمانی (بیان خواسته‌ها و نیازها با روشی سازگارانۀ تنظیم‌شده) بیان عواطف و تقویت پذیرش در مقابل عواطف دیگران است. برای دستیابی و تمرین بیان عواطف، درمانگر و بیمار با همکاری می‌توانند طیف گسترده‌ای از تکنیک‌های تجربی مانند نقش بازی کردن و تکنیک دو صندلی را انتخاب کنند. یک وضعیت بین فردی که نمایانگر تضاد اصلی دینامیکی است در درمان نمایان می‌شود که بیمار را در معرض تعامل ترس قرار می‌دهد و آموزش را در پاسخ به آنچه بیمار برای سازگاری می‌خواهد و نیاز دارد فراهم می‌کند. تکنیک‌های دو صندلی و تعویض صندلی این مزیت را به بیمار می‌دهد تا بتواند هر دو بخش یک معضل داخلی (احساسات متناقض نسبت به خود) را تأمین کند یا مربوط به یک شخص مهم در زندگی بیمار باشد. هدف استفاده از روش‌های تجربی، تعمیق احساسات است، هدفی که صحبت کردن در مورد آن‌ها دشوار است (مک کالو همکاران، ۲۰۰۳؛ مک کالوپلانت، ۱۹۹۷ به نقل از فرانکل و همکاران، ۲۰۱۸).

این اختلال، نیازمند درمان طولانی‌مدت است و آموزش مهارت‌ها، می‌تواند مفید واقع شود. علاوه بر این، مدل درمانی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و به‌ویژه بازسازی خود و دیگری، سودمند خواهد بود و طول دوره درمان را کاهش خواهد داد (مک کالو همکاران، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان داده است که درمان عاطفه هراسی برای بهبود بیماران اختلال شخصیت مرزی (چانچ و همکاران، ۲۰۱۱)؛ برخی اختلالات روانی مثل اضطراب و افسردگی (فرانکل و همکاران، ۲۰۱۶؛ جانسون و همکاران، ۲۰۱۳) و کاهش علائم افسردگی و اختلالات اضطرابی در زنان باردار (و کایرون، ۲۰۱۷) مؤثر است.

اگرچه که تاکنون رویکردها و درمان‌های متفاوتی برای کمک به این اختلالات توسط افراد مختلف بکار گرفته شده اما بدون مقایسه، ما به‌سادگی نمی‌توانیم ارزیابی کنیم که آیا هر روش درمانی "بهترین" روش برای آنچه استفاده می‌شود، خواهد بود یا نه؟ همچنین بحث مقایسه باید منصفانه باشد. البته تعریف این مسئله بسیار دشوار است و محل بحث در تحقیقات است زیرا تشخیص اینکه مقایسه منصفانه بوده یا خیر همیشه آسان نیست. مقایسه کردن احتمالاً همیشه یک ویژگی شناخته‌شده انسانی بوده است که اغلب به‌عنوان "برداشت" شناخته می‌شود. به‌عنوان مثال، ممکن است این بیمار احساس کند که در معالجه خاصی

سریع‌تر از آنچه در روش قبلی انجام شده بود، بهبود می‌یابد؛ اما عاقلانه نیست که پزشک آن‌ها این اطلاعات را بیرون آورده و همه بیماران خود را به روش درمانی دیگر سوق دهد؛ بنابراین، ما نیاز به مقایسه قوی داریم و این پژوهش باهدف مقایسه و پاسخ به این سؤال انجام شده است:

۱. آیا اثربخشی ذهنی سازی و عاطفه هراسی بر بهبود افسردگی در مرحله پس‌آزمون مؤثر است؟

۲. آیا اثربخشی ذهنی سازی و عاطفه هراسی بر بهبود افسردگی در مرحله پیگیری، پایدار است؟

### روش پژوهش

این پژوهش یک مطالعه کاربردی از نوع نیمه آزمایش با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه با پیگیری دومه‌ماهه است. جامعه آماری در این پژوهش شامل ۱۲۰ نفر از زنان دارای علائم افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم از مردادماه تا مهرماه ۱۳۹۹ بودند. حجم نمونه به‌صورت در دسترس بود که از این تعداد ۶۰ زن انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۲۰ زن) گمارش شدند. گروه‌ها قبل و بعد از درمان، با پرسشنامه افسردگی گلدنبرگ و همچنین بر اساس معیارهای DSM-5 مورد مصاحبه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن افسردگی، امکان حضور مداوم در دوره‌های درمانی، قطع داروهای مصرفی زیر نظر پزشک متخصص، نداشتن هیچ مشکل خاص دیگر مثل سابقه بستری در بیمارستان و ملاک‌های خروج شامل مصرف دارو، داشتن بیماری هم‌زمان، بیش از دو جلسه غیبت از دوره‌های درمان بود.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی گلدنبرگ<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط گلدنبرگ (۱۹۷۱) دارای ۱۸ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی میزان اختلال افسردگی و یا احتمال ابتلا به آن است. هریک از عبارات در یک طیف ۵ درجه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم، اصلاً) نمره‌گذاری می‌شوند. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک‌تک سؤالات را باهم جمع نمایید. این امتیاز دامنه‌ای از ۰ تا ۹۰ خواهد داشت. چنانچه امتیاز کسب‌شده 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 می‌دهد و نمرات ۳۶-۵۳ افسردگی متوسط و نمره ۵۴ و بالاتر نشانه افسردگی شدید است. در پژوهش ماگناویتا<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی گلدنبرگ ۰/۷۸ به دست آمد که بیانگر پایایی خوب این ابزار است. همچنین روایی این پرسشنامه در ایران توسط تقوی (۱۳۸۰) مورد تأیید و معادل ۰/۸۷ برآورد شده است. جمع‌آوری نتایج حاصل از مصاحبه و پرسشنامه‌ها و اجرای روش‌های درمانی، با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و به‌کارگیری روش‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (آنکوا) به بررسی مؤلفه‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته است.

۲. درمانی هراس عاطفی: این درمان توسط مک کالو (۲۰۰۳) ارائه شده است که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در مورد این بیماران طبق پروتکل زیر اجرا شد.

1. Goldenberg Depression Inventory  
2. Magnavita

**جلسه 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

**جلسه دوم:** شناسایی اضطراب‌ها و بازداری‌ها. پیدا کردن تعارضات روان پویایی و درک هراس عاطفی با استفاده از مثلث مالان. ایجاد تمایزهای مهم در مورد احساس‌ها. بازسازی عاطفه هراسی از طریق حساسیت‌زدایی منظم. شناسایی دفاع‌ها و شناسایی احساس‌های فعال‌ساز انطباقی.

**جلسه سوم:** اشاره به دفاع‌ها علیه عواطف هراس‌آور و اشاره به توانمندی‌هایی که در کنار عواطف وجود دارد. مدیریت دفاع‌ها و تکرار مداخلات تا زمانی که دفاع‌ها بازسازی شوند.

**جلسه چهارم:** شناسایی منشأ دفاع‌ها و پیامدهای رفتارهای دفاعی و شناسایی نفع ثانویه دفاع‌ها و تکرار مداخلات برای تقویت انگیزه رها کردن دفاع‌ها

**جلسه پنجم:** مرور کلی تجربه عاطفه. مواجهه با احساس و عاطفه هراس‌آور.

**جلسه ششم:** شناسایی دام‌ها در تجربه عاطفه و تکرار مداخلات تا زمانی که عاطفه هراسی حساسیت‌زدایی شود.

**جلسه هفتم:** بازسازی خود: بازسازی احساس نسبت به خود، تشویق والدگری برای خود و کاهش برون‌سازی و تکرار فرایند حساسیت‌زدایی نسبت به هراس‌ها و ایجاد خود ارزشمندی.

**جلسه هشتم:** بازسازی دیگران: ایجاد تصویر درونی انعطاف‌پذیر از دیگران و آماده‌سازی برای خاتمه دادن به درمان.

**۳. درمان ذهنی‌سازی:** این درمان توسط بتمن و فوناگی (۲۰۱۶) ارائه شده است که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در مورد این بیماران طبق پروتکل زیر اجرا شد.

**جلسه اول:** مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی. بیان ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی. بیان اهداف جلسه (شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب مشکلات در ذهن‌خوانی خود دیگران، مشکلات تنظیم هیجان و تکانش‌گری و حساسیت بین فردی. شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان از سوی رهبر گروه. ارائه تکلیف خانگی

**جلسه دوم:** 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. خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند. نحوه مدیریت کردن احساسات غیر ذهنی ناراحت‌کننده. ارائه تکنیک آرمیدگی.

**جلسه سوم:** مرور مطالب جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان مشخصات و اهداف اختصاصی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی. آموزش و تمرین ذهنی‌سازی در گروه. ارائه تکلیف خانگی.

**جلسه چهارم:** مروری بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران و انجام فعالیت گروهی. ارائه آموزش در مورد دوره و درمان افسردگی و اختلال مرزی.

**جلسه پنجم:** بررسی تکالیف. پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود. تأیید مطرح‌شده اعضای گروه شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شده اعضای گروه توسط درمانگر

جلسه ششم: کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن آن‌ها. شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباحث مطرح شده از سوی گروه

جلسه هفتم: آموزش ذهنی سازی برای تسهیل اعتماد معرفتی. ذهنی سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال.

جلسه هشتم: آماده‌سازی برای پایان دادن به درمان. تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه پایان دادن درمان. پایان دادن درمان.

**روش اجرا.** جهت انجام این پژوهش، ابتدا هماهنگی‌های لازم با مراکز مشاوره شهر قم در بازه زمانی مردادماه تا مهرماه ۱۳۹۹ انجام شد. سپس با مراجعه به این مراکز، زنان نمونه مورد مطالعه پس از غربالگری به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار داده شدند. پس از انجام پیش‌آزمون، گروه‌های آزمایش مداخله را در هشت جلسه دو ساعته دریافت کردند؛ پس از اتمام دوره آموزشی، بلافاصله برای هر سه گروه، پس‌آزمون و دو ماه بعد پیگیری اجرا شد. در ارتباط با رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، پیش از شروع کار از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و در خصوص نمرات آزمون‌ها و دیگر اطلاعات به دست آمده در حین پژوهش رازداری کامل اتخاذ شد. از عدم هرگونه درمان دیگر آزمودنی در طول دوره پژوهش اطمینان حاصل شد و در صورت عدم تمایل آزمودنی به ادامه حضور در جلسات، وی مختار به خروج از پژوهش بود. همچنین پس از اتمام پژوهش، برای گروه گواه نیز جلسات آموزشی ارائه شد. داده‌های به دست آمده به روش واریانس اندازه‌های مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه بیست و چهارم تحلیل شد.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی زنان شرکت‌کنندگان گروه آزمایش درمان ذهنی سازی ۳۴/۱۵ (۳/۱۴) سال، میانگین و انحراف استاندارد سنی زنان شرکت‌کنندگان گروه آزمایش درمان عاطفه هراسی ۳۵/۴۴ (۴/۳۸) و میانگین و انحراف استاندارد گروه گواه ۳۵/۱۵ (۴/۲۰) سال است.

جدول ۱. شاخصه‌های توصیفی افسردگی برای گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون،

#### پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	ذهنی سازی	۶۴/۷۳	۳/۶۹۳	۴۱/۰۷	۷/۰۴۵	۳۹/۹۳	۱۴/۷۱۴
	عاطفه هراسی	۶۸/۸۰	۳/۴۰۶	۲۶/۲۰	۸/۷۷۷	۵۳/۴۷	۶/۵۰۱
	گواه	۶۷/۸۰	۶/۶۷۲	۶۶/۳۳	۶/۵۶۵	۶۴/۸۷	۷/۶۶۱

اطلاعات جدول ۱ حاکی از کاهش نمره افسردگی زنان در مرحله پس‌آزمون در هر دو گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر عاطفه هراسی نسبت به گروه گواه است.

جدول ۲ نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	آزمون کولموگراف-اسمیرنف			آزمون لوین		شیب رگرسیون
		درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	درجه آزادی	سطح معناداری	
افسردگی	ذهنی سازی	۲۰	۰/۲۴	۰/۱۶	۵۷	۱/۳۶	۰/۰۹
	عاطفه هراسی	۲۰	۰/۲۵	۰/۱۷			۲/۱۰
	گواه	۲۰	۰/۲۵	۰/۱۷			

با توجه به جدول ۲، آمار Z آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای تمامی متغیرهای پژوهش در تمامی گروه‌ها معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است. همچنین یافته‌ها نشان داد که آماره f آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس متغیرها در گروه‌های پژوهش برای متغیر وابسته (افسردگی) معنادار نیست. این یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس این متغیرها در گروه‌ها همگن است. برای بررسی مفروضه کرویت یا معناداری رابطه بین متغیرها از آزمون مجذور خی بارتلت استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره مجذور خی بارتلت (۴۵/۶۴) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است؛ بنابراین بین متغیرهای پژوهش رابطه معنادار وجود دارد. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط اندازه‌های تکراری گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه گروه در سه مرحله

متغیر	گروه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر	تفسیر
درمان	مداخله	مراحل مداخله	۴۸۷/۱۵	۲	۲۴۳/۵۷	۲۹/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱	بسیار قوی
	ذهنی سازی	مراحل × گروه	۴۹۵/۳۶	۲	۲۴۷/۶۸	۲۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰	
	هراسی	بین گروهی	۱۹۵۶/۱۴	۱	۱۹۵۶/۱۴	۱۸/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶	
عاطفه	مداخله	مراحل مداخله	۷۸۵/۴۴	۲	۳۹۲/۷۲	۴۱/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶	بسیار قوی
	ذهنی سازی	مراحل × گروه	۷۹۴/۷۸	۲	۳۹۷/۳۹	۴۲/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶	
	هراسی	بین گروهی	۱۴۳۵/۵۴	۱	۱۴۳۵/۵۴	۲۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که مداخله درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر نمره افسردگی زنان ( $F=18/41$ )،  $P=0/001$  با اندازه اثر ۰/۳۶ و مداخله درمان مبتنی بر عاطفه هراسی بر نمره افسردگی ( $F=20/35$ )،  $P=0/001$  با اندازه اثر ۰/۳۸ مؤثر بوده است.



جدول ۴ نتایج آزمون بنفرونی در سه مرحله به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مرحله (I)	گروه درمان ذهنی سازی		گروه درمان عاطفه هراسی	
		میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار
افسردگی	پس‌آزمون	۱۴/۸۴*	۱/۸۷	۱۴/۵۸*	۱/۵۴
	پیش‌آزمون	۱۲/۸۸*	۱/۴۴	۱۲/۰۸*	۱/۱۲
پیگیری	پس‌آزمون	۰/۴۱	۰/۱۲	۰/۵۴	۰/۲۰
	پیش‌آزمون	۰/۳۳	۰/۳۰	۰/۵۴	۰/۳۰
پیگیری	پس‌آزمون	۰/۳۸	۰/۴۳	۰/۳۸	۰/۴۳

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

جدول ۴ مقایسه سه مرحله در گروه‌های آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر عاطفه هراسی و گروه گواه نشان می‌دهد که تفاوت در نمره افسردگی ( $P = 0.01$ ) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است؛ در حالی که در گروه گواه، این تفاوت‌ها معنادار نیست ( $P = 0.54$ ).

جدول ۵. مقایسه‌های چندگانه در پس‌آزمون و پیگیری افسردگی

وابسته	(I) گروه	(J) گروه	تفاوت میانگین	خطای معیار
پس‌آزمون افسردگی	درمان ذهنی سازی	درمان عاطفه هراسی	۱۶/۷۱۹	۲/۷۸۵
		گواه	-۲۴/۷۵۸	۲/۷۰۳
پیگیری افسردگی	درمان عاطفه هراسی	درمان ذهنی سازی	-۱۶/۷۱۹	۲/۷۸۵
		گواه	-۴۱/۴۷۷	۲/۶۲۸
پیگیری افسردگی	درمان ذهنی سازی	درمان عاطفه هراسی	-۱۳/۱۳۵	۳/۷۰۱
		گواه	-۲۴/۸۴۶	۳/۵۹۱
پیگیری افسردگی	درمان عاطفه هراسی	درمان ذهنی سازی	۱۳/۱۳۵	۳/۷۰۱
		گواه	-۱۱/۷۱۱	۳/۴۹۲

در جدول ۵ مقایسه اثر دو رویکرد مداخله بر متغیر وابسته (افسردگی) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر عاطفه هراسی در افسردگی زنان معنادار نیست ( $P = 0.05$ )؛ بنابراین در تأثیر مداخله گروه درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان مبتنی بر عاطفه هراسی در کاهش افسردگی تفاوتی وجود ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که هر دو درمان ذهنی سازی و عاطفه هراسی در کاهش علائم اختلال افسردگی مؤثر است که این یافته با دیگر یافته‌ها در این زمینه همسویی دارد ( اولیورا، ۲۰۱۶؛ پترسون،

۲۰۱۷؛ ادل، ۲۰۱۷؛ کالکلا، ۲۰۱۸؛ عینی و نریمانی، ۱۳۹۸؛ عینی و همکاران، ۱۳۹۷؛ روسو فوناگی، ۲۰۱۲؛ بتمن و فوناگی، ۲۰۰۴؛ بیٹی و همکاران، ۲۰۱۹؛ ترزا مورگن و همکاران، ۲۰۱۹؛ هایدن و همکاران، ۲۰۱۸؛ خوریانیان و همکاران، ۱۳۹۱؛ محمودی، ۱۳۹۳؛ حسینی، ۱۳۹۷؛ اما درمان عاطفه‌هراسی از ذهنی‌سازی بر کاهش افسردگی مؤثرتر است. در این زمینه پژوهش همسویی یافت نشد. در تبیین اینکه عاطفه‌هراسی مؤثرتر از درمان ذهنی‌سازی در کاهش افسردگی افراد مبتلا به افسردگی است، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: به‌طور معمول در عاطفه‌هراسی، 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 ساختاردهی کارآمد (حساسیت‌زدایی با قرار گرفتن در معرض احساسات تحریک‌شده) و تجدید ساختار خود و دیگری (بهبود احساس‌های خود و رابطه با دیگران). هدف اصلی این نوع روان‌درمانی 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 (مک کالو همکاران، ۲۰۰۳؛ گیمنیو، ۲۰۱۶).

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 (مک کالو همکاران، ۲۰۰۳). 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 (گیمنیو، ۲۰۱۷). در دو هدف تغییر ساختار دفاعی و بازسازی، از مداخلات درمانی که قبلاً استفاده می‌شد، به‌خصوص درمان‌های شناختی و رفتاری و ارتباطی استفاده می‌شود و کاهش افسردگی یک اصل ثابت در طول درمان است (فرج زاده، ۱۳۹۷). بازسازی ساختار دفاعی شامل همدلی کردن با مراجع برای تشخیص و کنار گذاشتن روش‌هایی است که آن‌ها به‌صورت خاصی در مورد عواطف انطباقی استفاده می‌کنند (فرانکل و همکاران، ۲۰۱۶)؛ بنابراین از آنجاکه در افراد افسرده، عاطفه‌هراسی و تعارض احساس‌ها در دوران تحول و رشد شکل می‌گیرد. مراقبان به‌طور 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 فعال‌ساز کودک مانند خشم و غم و برانگیختگی اعمال می‌شود (فرانکل، ۲۰۱۷)؛ بنابراین در اثر فعالیت شرطی شدن کلاسیک، عاطفه انطباقی فعال‌ساز می‌تواند 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، به‌طور خودکار احساس شرم خواهد کرد (فرانکل، فلیپ و همکاران، ۲۰۱۶) و عاطفه‌هراسی زمانی آغاز می‌شود که بازداری‌ها مانند شرم به آشفتگی شدید بیانجامد و یا در مورد احساس‌های فعال‌ساز مانند خشم به حدی قوی باشند که مانع ابراز انطباقی شوند. اصطلاح دیگری که در این شرایط مورد استفاده قرار می‌گیرد، تعارض روان‌پوشی است. این اصطلاح نشان می‌دهد چگونه عواطف فعال‌ساز و بازدارنده به‌عنوان نیروهای درون‌روانی در جهت‌های متضاد به فرد فشار می‌آورد (آسبورن، یولونس، ۲۰۱۴).

درواقع عاطفه هراسی، زمانی رخ می‌دهد که پیامدهای مثبت، بجای بازداری‌های محدودکننده یا تنبیه گر، با کنش‌ها و احساسات انطباقی پیوند می‌یابند. بر اساس این دیدگاه، درمان، نیروی خود را از تجربه هیجانی اصلاح‌گر، به عاریت می‌گیرد؛ درواقع، بازسازی خود و دیگری یعنی به دست 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 انطباقی‌تر در مورد دیگران و برقراری پیوندهای انطباقی‌تر به آنان رو می‌آورد (دوراک، سارجنت و همکاران، ۲۰۱۴). 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 (مک کالو همکاران، ۲۰۰۳). ترکیب این سیستم‌های تأثیر انگیزشی، هم‌الفاظ نظری و هم‌الفاظ بالینی دارای اهمیت است زیرا برخی محققان دلبستگی را در لیست احساسات اساسی قرار می‌دهند (گیمینیو، ۲۰۱۷). در دو هدف تغییر ساختار دفاعی و بازسازی، از مداخلات درمانی که قبلاً استفاده می‌شد، به‌خصوص درمان‌های شناختی و رفتاری و ارتباطی استفاده می‌شود و کاهش مشکلات فرد یک اصل ثابت در طول درمان است (فرج زاده، ۱۳۹۷).

دلیل تأثیرگذاری بیشتر درمان عاطفه هراسی نسبت به ذهنی سازی بر کاهش علائم افسردگی نیز می‌تواند به این جهت باشد که فوبیای عاطفی در درجه اول به روابط درونی تأثیرگذار و مهاری اطلاق می‌شود. از آنجایی که فرد با اضطراب و سایر احساسات بازدارنده درگیر است، در اثر رفتارهای اجتناب‌ناپذیر، از افکار و احساسات محافظت می‌شود و فرد از ابراز احساس هراس جلوگیری می‌کند. رفتارهای اجتنابی اغلب ناسازگارانه است، زیرا فرد مانع از رفتارهای انطباقی سازگارانه ذاتی فرد می‌شوند و رفتارهای مشکل‌ساز یا علائم روان‌پزشکی را ایجاد می‌کنند (مک کالو همکاران، ۲۰۰۳). مفهوم پردازش عاطفی زنجیره‌ای از عواطف را توصیف می‌کند که افراد در آن اختلالات عاطفی را جذب می‌کنند تا هیجانانگیز کاهش یابند و سایر تجربیات و رفتارها بتوانند بدون اختلال پیش بروند. در صورت عدم موفقیت این فرایند، ترس‌ها و وسوس‌ها و افکار مزاحم ظاهر می‌شوند، اما اجتناب نامتناسب از تجربیات عاطفی منفی، در ادغام مجدد و برطرف کردن احساسات ناخوشایند منجر به بروز اختلالات روان‌پزشکی خواهد شد. (بیکر و همکاران، ۲۰۱۰). عاطفه هراسی تصدیق می‌کند که احساسات مثبت نسبت به خود غالباً ممکن است احساساتی باشد که افراد افسرده معمولاً از آن‌ها دوری می‌کنند؛ بنابراین، هدف از درمان عاطفه هراسی، کاهش انتقاد بیش‌ازحد از خود است، به‌عنوان مثال، فرد تشویق می‌شود تا احساسات مثبت خود را تقویت کند؛ بنابراین اصول رفتاری مورد استفاده در این روش قرارگیری در معرض محرک‌ها و جلوگیری از پاسخ برای حساسیت‌زدایی هراس عاطفی است. درواقع، تلاش می‌شود برای کمک به بیماران در بروز عواطف، خاطرات عاطفی خاص از گذشته و همچنین قسمت‌های رابطه فعلی در درمان انتخاب شوند و هدف این است که فرد افسرده در معرض عواطف سازگار قرار گیرد (فرانکل و همکاران، ۲۰۱۸).

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد

خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

### سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

### مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم به تصویب رسیده است.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسنده، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### منابع

- حسینی، اسماعیل. پویان، محمد. ولی زاده، علیرضا. مرادی، علیرضا. (۱۳۹۷). مدل‌سازی دینامیکی اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم و داروهای ضدافسردگی بر اختلال افسردگی اساسی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*. ۴ (۱۶): ۱۲-۲۷.
- خوربانیان، مهدی. حیدری، لیلا. طبیبی، زهرا. آقا محمدیان شعراف، حمیدرضا. (۱۳۹۱). اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و ابراز گری هیجانی در بیماران مبتلابه افسردگی. اندیشه و رفتار. ۷ (۲۶): ۳۷-۴۶.
- سوری، پروانه. شکر زاده، شهره. (۱۳۹۸). بررسی ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت و توانایی‌های شناختی در افراد با اختلال شخصیت مرزی. *رویش روان‌شناسی*. ۷ (۴۰): ۱۶۳-۱۵۳.
- عینی، ساناز. نریمان، محمد. عطا دخت، اکبر. بشر پور، سجاد. صادقی موحد، فریبا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان شناختی- تحلیلی بر بهبود روابط موضوعی افراد مبتلابه اختلال شخصیت مرزی. *نشریه پژوهش‌کنده علوم بهداشتی جهاد سازندگی*. ۱۷ (۳): ۲۸۷-۲۷۵.
- فرج زاده، زهرا. کرامتی نیا، فریدون. سعادت جو، علیرضا. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش گروهی مقابله با افسردگی به شیوه شناختی- رفتاری بر افسردگی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی بیرجند. *نشریه آموزش پرستاری*. ۷ (۶): ۳۹-۴۶.
- محمودعلیوند، مجید. هاشمی، تورج. بیرامی، منصور. بخشی پور، عباس. شریفی، محمدمامین. (۱۳۹۷). نقش بدرفتاری دوران کودکی و آلکسی تایمی در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی: مطالعه‌ای در جمعیت غیر بالینی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*. ۲۱ (۲): ۷۳-۹۶.

محمودی قهساره، مصطفی. آقا محمدیان شعراف، حمیدرضا. دهقانی، محمود. حسن آبادی، حسین. (۱۳۹۳). اثربخشی روان مدت پویشی کوتاه درمانی روان کننده با روش تنظیم اضطراب در درمان مردان مبتلابه هراس اجتماعی. *مجله روان‌نپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۲۰(۲): ۱۱۱-۱۲۰.

## References

- Baker, R. Thomas, S. Thomas, P. W. Gower, P. Santonastaso, M. Whittlesea, A. (2010). The Emotional Processing Scale: Scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of Psychosomatic Research*, 68: 83-91
- Bateman A, Fonagy P. (2016). *Mentalization - based treatment for personality disorders: a practical guide*. Oxford, UK: 1 st Edition Oxford University Press: Uk, 2016
- Bateman A, Fonagy, P. (2013). Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation - based treatment for borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 203:221 -227
- Bateman, A, Campbell, C, Luyten, P, Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol*. 21:44-9.
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *Lancet*, 385, 735-743.
- De Roten, Y. Ambresin, G. Herrera, F. Fassassi, S. Fournier, N. Preisig, M. & Despland, J. N. (2017). Efficacy of an adjunctive brief psychodynamic psychotherapy to usual inpatient treatment of depression: Results of a randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 209: 105-113
- 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 emotion. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 4(2): 125-130
- Edel, MA, 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
- Ferankl, M. Wennberg, P. Berggraf, L. Philips, B. (2018). Affect Phobia Therapy for Mild to Moderate Alcohol Use Disorder: The Cases of "Carey," "Michelle," and "Mary". *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, (1):214-257.
- Frankl, M. (2017). *Psychotherapy for substance use disorders--the importance of affects*. Unpublished doctoral dissertation, Faculty of Arts and Sciences, Linkoping University, Linkoping, Sweden. available at: <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1159275/FULLTEXT01.pdf>.
- 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.
- Gimeno, E, Chiclana, C. (2016). Borderline personality disorder in adolescence. Prevention and early intervention from a cognitive analytic approach. *European Psychiatry*, 33: S505
- Gimeno, E, Chiclana, C. (2017). Cognitive analytic therapy and mentalizing function. *European Psychiatry*, 41: S776

- Goldberg, DP. Hillier, VF. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 9(1):139-45. PMID: 424481
- Hall, M. A. Riedford, K. M. (2017). Borderline Personality Disorder: Diagnosis and Common Comorbidities. *The Journal for Nurse Practitioners*, 13(9): 455-456.
- Hall, M. A. Riedford, K. M. (2017). Borderline Personality Disorder: Diagnosis and Common Comorbidities. *The Journal for Nurse Practitioners*, 13(9): 455-456.
- MC, Müllauer, PK, Gaugeler, R, Senft, B, Andreas, S. (2018). Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. *J Clin Psychol*, 74: 2276-86
- Jonhansson, R., Bjorklund, M. Hornborg, CH. Karlsson, S. Hesser, H. Ljotsson, B. Rousseau, A. Frederick, R. Andersson, G. (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. *Peer J*, 18: 1-22.
- Kalleklev, J, Karterud, S. (2018). A comparative study of a mentalization-based versus a psychodynamic group therapy session. *Group Analysis*. 2018;51(1):44-60
- Magnavita, N. (2007). Anxiety and depression at work. the A/D Goldberg Questionnaire, *G Ital Med Lav Ergon*. 29(3):670-1.
- McCullough, L. Kuhn, N. Kaplan, A. Wolf, J. Lanza Hurley, C. (2003). *Treating affect phobia. Publish by the Guilford press. A division of Guilford publications, Inc.* 72 Spring street, New York, London, NY 10012.
- 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
- 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.
- Parekh, A. Smeeth, D, Milner, Y, Healthcare, ST. (2017) undefined. The role of lipid biomarkers in major depression. *Healthcare (Basel)*, 5(2):31-40
- Parker, G. Roy, K. L. (2001). Adolescent depression: A review Australian Newzeland *Journal of psychology*. 35(5), 572-580.
- Petersen, R, Brakoulias, V, Langdon, R. (2016). An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 16:12-21
- Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Mentalization J 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*, 249: 327-335
- Singhal, G. (2017). *neuroscience BB-F in cellular, undefined. Microglia: an interface between the loss of neuroplasticity and depression.* frontiersin.org [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fncel.2017.00270/full>

World Health Organization. (2018). Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>.




Yirmiya, R. Rimmerman, N. (2015). *neurosciences RR-T in, 2015 undefined. Depression as a microglial disease. Elsevier* [Internet]. [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166223615001769>

\*\*\*

### پرسشنامه غربالگری اختلال افسردگی گلدبرگ

ردیف	عبارات	اصلاً خیلی کم	خیلی کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱	کارهایم را به کندی انجام می دهم	۰	۱	۲	۳	۴
۲	آینده ام، ناامید کننده به نظر می رسد	۰	۱	۲	۳	۴
۳	تمرکز هنگام مطالعه، برایم دشوار است	۰	۱	۲	۳	۴
۴	خوشی ولذت از زندگی ام رفته است	۰	۱	۲	۳	۴
۵	به سختی تصمیم گیری می کنم	۰	۱	۲	۳	۴
۶	علاقه ام به جنبه هایی از زندگی که برایم مهم بودند را، از دست داده ام	۰	۱	۲	۳	۴
۷	احساس غمگینی، گرفتگی و ناخوشی می کنم	۰	۱	۲	۳	۴
۸	پرشان هستم و سرگردان می شوم	۰	۱	۲	۳	۴
۹	احساس خستگی می کنم	۰	۱	۲	۳	۴
۱۰	برای انجام کارهای ساده، تلاش زیادی می کنم	۰	۱	۲	۳	۴
۱۱	احساس می کنم، انسان گناهکاری هستم که سزاوار کیفر است	۰	۱	۲	۳	۴
۱۲	احساس درماندگی می کنم	۰	۱	۲	۳	۴
۱۳	احساس دل مردگی می کنم	۰	۱	۲	۳	۴
۱۴	خواهم به هم خورده است	۰	۱	۲	۳	۴
۱۵	گاهی به این فکر می افتم که چگونه خودم را بکشم	۰	۱	۲	۳	۴
۱۶	احساس می کنم در تله افتاده یا گرفتار شده ام	۰	۱	۲	۳	۴
۱۷	حتی وقتی اتفاقات خوبی برایم می افتد، احساس افسردگی می کنم	۰	۱	۲	۳	۴
۱۸	بدون رژیم گرفتن، وزنم کم شده، با زیاد شده است	۰	۱	۲	۳	۴

## A Comparison of the Effectiveness of Mentalization-Based Therapy (MBT) and Affect Phobia Therapy (APT) in Reducing Depressive Symptoms in Women with Borderline Personality Disorder

Tahereh. Hajmohamad hosini <sup>1</sup>, Hasan. Mirzahoseini\*<sup>2</sup> & Majid. ZarghamHajebi<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim:** The present study aimed to determine the effectiveness of Mentalization-based therapy (MBT) in comparison with Affect Phobia Therapy (APT) in reducing depressive symptoms in women with borderline personality disorders. **Methods:** The study had a quasi-experimental method with a pretest-posttest design and follow-up with a control group. The statistical population consisted of 120 women with borderline personality disorder symptoms who visited counseling centers in Qom from August and October 2020. After screening with the Goldberg Depression Questionnaire (1971) and interviews according to DSM-5 criteria, 60 women were selected by purposive sampling and were randomly assigned to two experimental groups and a control group (20 per group). The first experimental group received mentalization-based therapy by Batman and Funagi (2016), and the second experimental group received affect phobia therapy by McCullough in eight 90-minute sessions, one session per week, and the control group was placed on a waiting list. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance (ANOVA). **Results:** The results indicated the effects of mentalization-based therapy intervention ( $F=18.41$ ,  $P=0.001$ ) with an effect size of 0.36, and affect phobia therapy intervention ( $F=20.35$ ,  $P=0.001$ ) with an effect size of 0.38 on women's depression, and the stability of the effects at the follow-up stage. **Conclusion:** The affect phobia therapy along with medication can be used for patients with depression.

**Keywords:** Depression; Mentalization-based therapy (MBT); Affect Phobia Therapy (APT)

1. PhD student in Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

2. \*Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran  
Email: h.mirzahouseini@gmail.com

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