



Research Article

Comparison of the effectiveness of mentalization therapy and emotion therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder

T. Haj Mohamad Hoseini¹, H. Mirza Hoseni^{*2}, M. Zargham Hajebi³

1. PhD student in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran.
2. Department of Psychology, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran. *Corresponding Author: t_hoseyni73@yahoo.com
3. Department of Psychology, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran.

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of mentalization therapy and emotion therapy in reducing the symptoms of borderline personality disorder. This study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test and follow-up with a control group. The statistical population in this study included all women with borderline personality disorder symptoms referred to counseling centers in Qom in the age was ranging between 18 and 35. The study was conducted in August and October, 2020. The research sample included 60 people were selected by availability assigned in two groups. An experiment and a control group were assigned. The groups were interviewed and tested before and after the intervention with the Milon-3 questionnaire (Millon, 2000) and according to DSM-5 criteria. Then, both experimental groups underwent subjectivization therapy (Bateman and Fonagy, 2016) and emotion therapy McCullough, 2003) in 8 sessions of 90 minutes, one session per week, and the control group was placed on a waiting list. The results of data analysis were analyzed by multivariate analysis of covariance using SPSS software version 26 and the results showed that both treatments are effective in reducing the symptoms of borderline personality disorder and mentalization treatment is more effective than emotion therapy. Also, the results of this effect in the follow-up test remained stable for two months. Therefore, it can be concluded that mentalization therapy along with drug therapy can be used for patients with borderline personality disorder.

Keywords: mentalization therapy, emotion therapy treatment, borderline personality disorder.

Citation: Haj Mohamad Hoseini T, Mirza Hoseni H, Zargham Hajebi M. (2021). Comparison of the effectiveness of mentalization therapy and emotion therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder. *Journal of Social Psychology.* 9(61), 133-148.

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

طاهره حاج محمد حسینی^۱، حسن میرزا حسینی^{۲*}، مجید ضرغام حاجبی^۳

۱. دانشجوی دکترای روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران.
۲. گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران. *نویسنده مسئول: t_hoseyni73@yahoo.com
۳. گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران.

چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان ذهنی سازی و درمان عاطفه هراسی بر کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمام زنان دارای علائم طیف شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر قم در محدوده سنی ۱۸-۳۵ و از مرداد ماه تا مهر ماه ۱۳۹۹ بود که از میان آنها ۶۰ نفر بصورت در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارش شدند. هر سه گروه قبل و بعد از مداخله با پرسشنامه میلون-۳ (میلون، ۲۰۰۰) 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 فونگی، ۲۰۱۶) و درمان عاطفه هراسی (مک کالو، ۲۰۰۳) قرار گرفتند و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و یافته‌ها نشان داد که هر دو درمان در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی موثرند و درمان ذهنی سازی موثرتر از درمان عاطفه هراسی است. همچنین نتایج این تاثیر در آزمون پیگیری دو ماه پایدار مانده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از درمان ذهنی سازی در کنار دارو درمانی می‌توان برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی استفاده کرد.

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

مقدمه

در میان بیماری‌های روانی، اختلال شخصیت مرزی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالها در محیط‌های درمانی است و از طرفی علیرغم اینکه بیماران مبتلا به این اختلال، گروه نامتجانسی را تشکیل می‌دهند (هوپریچ، ۲۰۱۷) اما ویژگی‌های مشترکی نیز دارند که مهم‌ترین آنها تکانشگری بارز و بی‌ثباتی در سه زمینه روابط بین فردی^۲، خلق^۳ و خودانگاره^۴ است (کرنبرگ، ۲۰۱۵) که در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود و در زمینه‌های مختلف وجود دارد. به نظر می‌رسد، این بیماران همیشه در بحرانند و نوسانهای سریع خلق، رفتارهای غیرقابل پیش‌بینی، خودزنی‌های مکرر، خودکشی و احساس پوچی از ویژگیهای آنهاست (نوردهال و نیساتر، ۲۰۰۵؛ سوری، ۱۳۹۸). یک فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ممکن است در یک موقعیت، فردی را به عنوان «دوست داشتنی‌ترین و مهم‌ترین» فرد در نظر بگیرد و در موقعیت دیگری از او به عنوان «بی‌رحم‌ترین و استثمارکننده‌ترین شخص» یاد کند. ظاهراً نقطه تعادلی در زندگی آنها وجود ندارد. این بیماران نسبت به مفاهیم هویت، ارزشها، وفاداریها و هدفهای خود تردید دارند، برای جبران هویت ناقص و آشفته خود اغلب روی پوستشان کلماتی مانند مادر، عشق یا عکسهای (مانند عکس فرد محبوب یا حیوانات) را خال کوبی می‌کنند. این خال کوبیها در حکم قدرت‌دهنده و آرامش‌بخش است. از طرف دیگر این بیماران در روابط پر شور و ناپایدار (که گاهی با بی‌مبالاتی جنسی همراه است) درگیر می‌شوند. نکته مهم و دردناک زندگی افراد مرزی اقدامهای مکرر خود آزاری (خود زنی) است. آنها ممکن است برای رفع تنش درونی یا به قصد کمک گرفتن از دیگران اقدام به «تیغ زدن یا سوزاندن» قسمتهای مختلف بدن خود نمایند (محمود علیوند، ۱۳۹۷).

درمان مبتنی بر ذهنی سازی نوع خاصی از روان‌درمانی روان‌پویشی است که بتمن و فوناگی (۲۰۱۳) 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 (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). این درمان، یک رویکرد ساختار یافته‌ای 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،

1. Borderline personality disorder
2. interpersonal relationship
3. Mood
4. self-image

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 (اولیورا، ۲۰۱۷). پژوهشها نشان داده است اثربخشی ذهنی سازی در بهبود دلبستگی ناایمن و بی کفایتی اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر است (اولیورا، ۲۰۱۷؛ پترسون، ۲۰۱۶؛ ادل، ۲۰۱۷؛ کالکلا، ۲۰۱۸). همچنین پژوهشها نشان داده است که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر قدرت ایگو و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (عینی و نریمانی، ۱۳۹۸)؛ بهبود روابط موضوعی (عینی و همکاران، ۱۳۹۷)؛ کاهش خودآزاری و افسردگی (روسو و فوناگی، ۲۰۱۲)؛ ظرفیت فکر کردن درباره خود و دیگران (بتمن و همکاران، ۲۰۱۸)؛ کاهش سطح پریشانی کلی، بهبود بهزیستی روانی، مشکلات بین فردی کمتر و کار بهتر و عملکرد اجتماعی بهتر (ساندرز و همکاران، ۲۰۱۹)؛ کاهش اختلال در تنظیم عواطف (ترززا مورگن و همکاران، ۲۰۱۹)؛ کاهش فشار بین فردی (هایدن و همکاران، ۲۰۱۸) و کاهش اضطراب (مو همکاران، ۱۳۹۳) موثر است.

یکی دیگر از درمان‌هایی که تمرکز جدی بر بیان و تجربه در روش درمانی خود دارد، درمان فوبی عاطفی (عاطفه هراسی) است. که توسط مک کالو و همکاران (۲۰۰۳) توسعه داده شده است. عاطفه هراسی از مدل استریتینگ پیروی می‌کند که ساختار روان درمانی را برای آن ایجاد کرده است. همان طور که قبلاً اشاره شد دو مفهوم مهم در عاطفه هراسی فعال سازی سازگارانه و اثرات بازدارنده باید با هم در تعادل باشند. فوبیای عاطفی در درجه اول به روابط درونی تأثیر گذار اطلاق می‌شود. از آنجایی که فرد با اضطراب و سایر احساسات بازدارنده درگیر است، در اثر رفتارهای اجتناب ناپذیر، 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 مشکل ساز یا علائم روان پزشکی را ایجاد می‌کنند (مک کالو و همکاران، ۲۰۰۳). مفهوم پردازش عاطفی، زنجیره ای 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 روان پزشکی خواهد شد (اسبورن و همکاران، ۲۰۱۴). در عاطفه هراسی تمرکز بر شناخت، تجربه، درک و در نهایت 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 بیش از حد حاکم است را بهتر تنظیم کنند (حسینی، ۱۳۹۷). 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 بیش از حد از خود است، به عنوان مثال، در حالت اضطراب تأکید شده است، تا فرد احساسات مثبت خود را تقویت کند. اصول رفتاری مورد استفاده در این روش قرارگیری در معرض محرک‌ها و جلوگیری از پاسخ برای

حساسیت زدایی هراس عاطفی است. برای کمک به بیماران در بروز عواطف، خاطرات عاطفی خاص از گذشته و همچنین قسمت‌های رابطه فعلی در درمان انتخاب می‌شوند (محمودی و همکاران، ۱۳۹۳). هدف این است که بیمار در معرض عواطف سازگار قرار گیرد. از مداخلات خاص برای تشویق انجام تجربه عاطفه استفاده می‌شود و این روش در برچسب زدن به هیجانات بیماران به صورت شفاهی و همچنین توصیف احساس فیزیولوژیکی هیجانات کمک می‌کنند. برای بهبود عواطف و آموزش بیماران به منظور جلوگیری از تحریک تکانشی، درمانگر صحنه‌ها را به صورت ذهنی ایجاد می‌کند، در حالی که بیمار تصور می‌کند که عمل آنها (ابراز سازگارانه عواطف) چه می‌تواند باشد. این صحنه‌ها تا زمانی که حساسیت زدایی انجام شود تکرار می‌شوند. قدم بعدی به سمت هدف اصلی درمانی (بیان خواسته‌ها و نیازها با روشی سازگارانه تنظیم شده) 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 و همکاران، ۲۰۰۳؛ مک کالو ویلاننت، ۱۹۹۷ به نقل از فرانکل و همکاران، ۲۰۱۷).

مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به مرزی احساس ضعیف بودن خود را نشان می‌دهد؛ در واقع مشکلات آنها دو نوع است. اول اینکه، توانایی روانی به طور کلی کاهش یافته است که باعث می‌شود فرد نسبت به دیگران به سوء استفاده سوق پیدا کند. علاوه بر این مسئولیت شکست‌ها توانایی‌های ذهنی و خطر بروز (خود) مخرب عمل کردن وجود دارد. هر دو نقص بر توانایی درک خود و تجربه هویت تأثیر می‌گذارد. این نقص را می‌توان در شکست در تعامل سازنده والدین و کودک یافت و به موجب آن، تجربیات ذهنی کودک، قربانی آینه سازی معیوب و تخریب تعامل بین فردی می‌شود (فوناگی و همکاران، ۲۰۰۵ اسبوم، ۲۰۱۷؛ هال و همکاران، ۲۰۱۷). علاوه بر این، چنین نارسایی‌هایی در تعامل والدین و فرزند نیز ممکن است منجر به بی اعتمادی شدید شود، که در اختلال شخصیت مرزی یافت می‌شود (هال و همکاران، ۲۰۱۷). به طور خلاصه، این استدلال نظری این نکته را برجسته می‌کند که یکی از ویران کننده ترین پیامدهای رشد والدین ناامن یا آسیب‌زا این است که کودک را در وضعیت بی اعتمادی قرار می‌دهد. ترومای دلبستگی توانایی کودک برای اعتماد به دیگران را تضعیف می‌کند. در واقع قابلیت از دست رفته این بیماران، حس نیرومندی از خود در رابطه با دیگران و توانایی حمایت و تحمل خود انگاره مثبت، حتی زمانی که دیگران در مورد او دید مثبتی نداشته باشند، است. این اختلال، نیازمند درمان طولانی مدت است و آموزش مهارت‌ها، می‌تواند مفید واقع شود. علاوه بر این، مدل درمانی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت و به ویژه بازسازی خود و دیگری، سودمند خواهد بود و طول دوره درمان را کاهش

خواهد داد (مک کالو و همکاران، ۲۰۰۳). پژوهشها نشان داده است که درمان عاطفه هراسی برای بهبود بیماران اختلال شخصیت مرزی (کافه و همکاران، ۲۰۱۴)؛ برخی اختلالات روانی مثل اضطراب و افسردگی (فرانکل و همکاران، ۲۰۱۶) و کاهش علائم افسردگی و اختلالات اضطرابی در زنان باردار (دروتن، ۲۰۱۷) موثر است.

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 (مالجانن، ۲۰۱۶) و تاکنون رویکردها و درمان‌های متفاوتی برای کمک به این اختلالات توسط افراد مختلف بکار گرفته شده که بدون مقایسه، ما به سادگی 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 شناخته شده انسانی بوده است که اغلب به عنوان «برداشت» شناخته می‌شود. به عنوان مثال، ممکن است این بیمار احساس کند که در مواجهه 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 با هدف مقایسه و پاسخ به این سوال است که آیا اثربخشی ذهنی سازی و عاطفه هراسی بر بهبود علایم اختلال شخصیت مرزی متفاوت است؟

روش 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 علایم طیف شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز 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 گمارش شدند. گروهها قبل و بعد از درمان، با پرسشنامه میلون-۳ و همچنین بر اساس معیارهای DSM-5 مورد مصاحبه قرار گرفتند. ملاکهای ورود به پژوهش شامل داشتن اختلال شخصیت مرزی، 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.

ابزارهای پژوهش

الف: پرسشنامه میلون-۳: پرسشنامه میلون-۳ توسط تیودور میلون^۱ (۱۹۹۴) ساخته شده و شامل ۱۴ الگوی بالینی و ده نشانگان بالینی است. این آزمون دارای ۱۷۵ گویه بلی/ خیر است. اجرای آن بین ۲۰

تا ۳۰ دقیقه زمان می‌برد. ۱۱ الگوی بالینی شخصیت و نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. الگوهای بالینی شخصیت در آزمون بالینی چند محوری میلیون سه شامل ۱۱ زیر مقیاس به شرح زیر است: شخصیت اسکیزوئید، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، آزارگر - دیگرآزار، وسواسی، منفی‌گرا، و شخصیت آزارگر - خودآزار. از زمان انتشار آن در سال ۱۹۶۹ دو بار تجدید نظر شده است. این آزمون یکی از پرکاربردترین آزمونهای روانی است و در پژوهشهای بین فرهنگی متعدد بکار رفته است. ام.سی.ام.آی بر اساس مدل آسیب‌شناسی روانی میلیون ساخته شده است (میلون، ۲۰۰۰). این آزمون در ایران ۲ بار هنجاریابی شده است. نسخه دوم این آزمون یک بار در شهر تهران به وسیله خواجه موگهی ترجمه و در سال ۱۳۷۲ هنجاریابی شده است و نسخه سوم آن در شهر اصفهان به وسیله شریفی در سال ۱۳۸۱ هنجاریابی شده است. در مورد پایایی مقیاس‌های آزمون میلیون، ۵۳ مجموعه داده گزارش شده است. فاصله بازآزمایی از ۵ روز تا ۶ ماه است. برای مقیاسهای اختلال شخصیت همبستگی‌هایی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ و برای مقیاس افسردگی متوسط ۰/۷۸ به دست آمده 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 الكل^۱) تا ۰/۹۶ (اختلال استرس پی از سانحه^۲) به دست آمده است و همچنین همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی آن در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید^۳) گزارش شده است (شریف و مولوی، ۱۳۸۷). خواجه موگهی (۱۳۷۲) به منظور هنجاریابی این آزمون در شهر تهران مطالعه‌ای انجام داده است. در این مطالعه ضریب پایایی مقیاس‌های ام.سی.ام.آی ۲- به روش بازآزمایی با فاصله ۷ تا ۱۰ روز از دامنه ۰/۷۸ (مقیاس نمایشی) تا ۰/۸۷ (مقیاس اختلال هذیانی) بدست آمده است.

جمع‌آوری نتایج حاصل از مصاحبه و پرسشنامه‌ها و اجرای روش‌های 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.

1. Alcohol Dependence
2. Post Traumatic Stress Disorder
3. Schizoid

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

جلسات	محتوای جلسات عاطفه هراسی	محتوای جلسات ذهنی سازی
اول	مرور 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	مرور 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 خود دیگران، 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 پویشی و درک هراس عاطفی با استفاده از مثلث مالان. ایجاد تمایزهای مهم در مورد احساس‌ها. بازسازی عاطفه هراسی از طریق حساسیت زدایی منظم. شناسایی دفاع‌ها و شناسایی احساس‌های فعال ساز انطباقی. شناسایی اضطراب‌ها و بازداری‌ها.	مرور بر بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف. بیان اهداف جلسه (چگونگی برخورد با هیجانات 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 عواطف 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 منشا دفاع‌ها و پیامدهای رفتارهای دفاعی و شناسایی نفع ثانویه دفاع‌ها و تکرار مداخلات برای تقویت انگیزه رها کردن دفاع‌ها	مرور 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.
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. تأیید 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.

یافته‌ها

در جدول ۱، به ارایه شاخصهای توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال شخصیتی مرزی در سه گروه پرداخته ایم:

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات اختلال مرزی در گروه‌ها

گروه	میانگین	انحراف معیار
درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	پیش آزمون مرزی	۶۹/۵۳
	پس آزمون مرزی	۳۶/۹۳
	پیگیری مرزی	۳۱/۶۰
درمان مبتنی بر عاطفه‌هراسی	پیش آزمون مرزی	۶۸/۰۷
	پس آزمون مرزی	۴۴/۵۳
	پیگیری مرزی	۴۸/۶۰
کنترل	پیش آزمون مرزی	۶۸/۷۳
	پس آزمون مرزی	۷۲/۱۳
	پیگیری مرزی	۶۵/۷۳

جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است و کاهش در آزمون پیگیری پایدار بوده است. بعد از بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس و تأمین آنها نمرات گروه‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲. آزمونهای تحلیل واریانس چند متغیری اثرات درمانها در اختلال مرزی

اثر	مقدار	F	فرضیه درجه خطا درجه آزادی	معنی‌داری	مجذور ای‌تا
زمان	اثر پیلائی	۱۸۲/۲۳۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳
	لانداى ویلک	۱۸۲/۲۳۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳
	اثرهاتلینگ	۱۸۲/۲۳۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳
	بزرگترین ریشه‌روی	۱۸۲/۲۳۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳
زمان * گروه	اثر پیلائی	۲۷/۷۶۲	۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸۱
	لانداى ویلک	۴۱/۵۷۲	۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۱
	اثرهاتلینگ	۵۹/۰۴۱	۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵۷
	بزرگترین ریشه‌روی	۱۱۵/۲۹۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵۲

همان طور که جدول ۲، نشان می‌دهد شاخص لاندا و یلک هم در اثر زمان

$$F_{(2,39)} = 182/235; \text{Lambda} = 0/097; \text{eta} = 0/903$$

$$F_{(4,78)} = 41/572; \text{Lambda} = 0/102; \text{eta} = 0/681$$

و هم تعامل زمان و گروه معنی دار است. به عبارتی مدل کلی یعنی تاثیر ترکیب متغیرهای مستقل بر نمره ترکیبی متغیرهای اختلال مرزی معنی دار است.

جدول ۳. آزمون کرویت ماخلی در نمرات اختلال مرزی

اثرات درون آزمودنی	شاخص ماخلی	مجدور کای تقریبی	درجه آزادی	معنی داری	اِپسیلون	حد پایین تر
زمان	0/987	0/525	2	0/769	0/987	0/500

جدول ۳ نشان می‌دهد که پیش فرض کرویت ($X^2 = 0.525, df_{(2)} = 0.769, w = 0.987$)، رعایت شده است.

جدول ۴. اثرات درون آزمودنی در نمرات اختلال مرزی

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی داری	مجدور ایتا
زمان	10045/058	2	5022/529	206/646	0/001	0/838
زمان * گروه	6424/406	4	1606/102	66/081	0/001	0/768
خطا (زمان)	1944/4	80	243/05			

جدول ۴ نشان می‌دهد که زمانهای آزمون ($F_{(2,80)} = 206.646, p < 0.001, \text{eta} = 0.837$)، و تعامل زمان و گروه ($F_{(4,80)} = 66.081, p < 0.001, \text{eta} = 0.768$) تاثیر معنی داری بر اختلال مرزی دارند.

جدول ۵. آزمون اثرات بین گروهی در اختلال مرزی

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی داری	مجدور ایتا
گروه	11360/271	2	5680/136	94/895	0/001	0/826
خطا	2394/271	40	59/857			

جدول ۵، نشان می‌دهد که بین گروه‌های درمانی در نمرات اختلال مرزی ($F_{(2,40)} = 94.895, p < 0.001, \text{eta} = 0.826$) تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۶. آزمون تعقیبی بررسی اثرات زمان در اختلال مرزی

معنی داری	خطای معیار	تفاوت میانگین (I-J)	زمان (J)	زمان (I)	گروه	
۰/۰۰۱	۱/۸۵۸	۳۲/۲۸۶	اختلال مرزی ۲	اختلال مرزی ۱	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی	
۰/۰۰۱	۱/۹۵۷	۳۶/۶۴۳	اختلال مرزی ۳			
۰/۰۰۱	۱/۸۵۸	-۳۲/۲۸۶	اختلال مرزی ۱	اختلال مرزی ۲		
۰/۰۵۵	۱/۷۷۱	۳/۳۵۷	اختلال مرزی ۳			
۰/۰۰۱	۱/۹۵۷	-۳۶/۶۴۳	اختلال مرزی ۱	اختلال مرزی ۳		
۰/۰۵۵	۱/۷۷۱	-۴/۳۵۷	اختلال مرزی ۲			
۰/۰۰۱	۱/۸۵۸	۲۳/۷۸۶	اختلال مرزی ۲	اختلال مرزی ۱		درمان مبتنی بر عاطفه‌هراسی
۰/۰۰۱	۱/۹۵۷	۱۹/۵۰۰	اختلال مرزی ۳			
۰/۰۰۱	۱/۸۵۸	-۲۳/۷۸۶	اختلال مرزی ۱	اختلال مرزی ۲		
۰/۰۶۰	۱/۷۷۱	-۴/۲۸۶	اختلال مرزی ۳			
۰/۰۰۱	۱/۹۵۷	-۱۹/۵۰۰	اختلال مرزی ۱	اختلال مرزی ۳		
۰/۰۶۰	۱/۷۷۱	۴/۲۸۶	اختلال مرزی ۲			
۰/۱۹۶	۱/۷۹۵	-۳/۴۰۰	اختلال مرزی ۲	اختلال مرزی ۱	کنترل	
۰/۳۶۱	۱/۸۹۱	۳/۰۰۰	اختلال مرزی ۳			
۰/۱۹۶	۱/۷۹۵	۳/۴۰۰	اختلال مرزی ۱	اختلال مرزی ۲		
۰/۰۰۲	۱/۷۱۱	۶/۴۰۰	اختلال مرزی ۳			
۰/۳۶۱	۱/۸۹۱	-۳/۰۰۰	اختلال مرزی ۱	اختلال مرزی ۳		
۰/۰۰۲	۱/۷۱۱	-۶/۴۰۰	اختلال مرزی ۲			

جدول ۶، نشان می‌دهد تغییرات درون گروه‌ها را نشان می‌دهد. میانگین نمرات گروه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در پیگیری آزمون اختلال مرزی (۳۲/۹۲۹) به طور معنی‌داری کمتر از میانگین نمرات گروه در پس‌آزمون (۳۷/۲۸۶) و پیش‌آزمون (۶۹/۵۷۱) است. ماندگاری اثر این درمان بیشتر است. میانگین نمرات گروه درمان مبتنی بر عاطفه‌هراسی در پیگیری آزمون اختلال مرزی (۴۸/۵۰۰) به طور معنی‌داری بیشتر از میانگین نمرات گروه در پس‌آزمون (۴۴/۲۱۴) و کمتر از پیش‌آزمون (۶۸/۰۰) است. ماندگاری اثر این درمان در مقایسه با درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کمتر است. میانگین نمرات گروه کنترل در پیگیری (۶۵/۷۳۳)، پس‌آزمون (۷۲/۱۳۳) و پیش‌آزمون (۶۸/۷۳۳) تفاوت معنی‌داری از هم ندارند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که هر دو درمان ذهنی سازی و عاطفه هراسی در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی موثر 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 و فوناگی، ۲۰۱۲؛ بتمن و فوناگی، ۲۰۰۴؛ بیٹی و همکاران، ۲۰۱۹؛ ترزا مورگن و همکاران، ۲۰۱۹؛ هایدن و همکاران، ۲۰۱۸؛ کریمی و همکاران، ۱۳۹۷؛ محمودی، ۱۳۹۳؛ حسینی، ۱۳۹۷) ولی درمان ذهنی سازی از درمان عاطفه هراسی موثرتر است. در این زمینه پژوهش مشابه و همسویی یافت نشد.

در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به دلیل دلبستگی آشفته در دوران کودکی نوعی بی‌اعتمادی معرفتی ایجاد شده است که مانع از تعاملات اجتماعی سازنده می‌شود. ذهنی سازی با به کار بردن نشانه‌های تظاهرآمیز باعث افزایش اعتماد معرفتی در این افراد می‌شود. بازخوانی اعتماد معرفتی از طریق ذهنی سازی بهبود یافته 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 (کالکلاو، ۲۰۱۸). از سوی دیگر ذهنی سازی یک موضع ندانستن ارائه می‌دهد که پایه ای برای کاوش دیدگاه فرد است؛ یعنی با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی 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 (باتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). بنابراین می‌تواند باعث کاهش بیگانگی در فرد شود. تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان، زمینه ای فراهم می‌کند که در آن به کاوش حالت‌های پیچیده تر ذهنی در زمینه ی از دلبستگی پرداخته شود (کلت و بنت، ۲۰۱۳). در واقع، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی 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 ذهنی سازی، باعث بهبود توانایی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود (عینی و همکاران، ۱۳۹۷) و سطوح بالای ذهنی سازی با تاب آوری در برابر شرایط استرس زا و توانایی بهره گیری از یک دیدگاه متفاوت در نتیجه نامالایمات مرتبط است (باتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). 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 نامالایمات 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 (باتمن و همکاران، ۲۰۱۸).

همچنین در تبیین این یافته که عاطفه هراسی در کاهش علائم اختلال شخصیت مرزی موثر است می‌توان گفت که تجربه فعال سازی عواطف خود دلسوزی و حس‌های واقعی خود و دیگران با هم همبسته هستند و این می‌تواند در کمک به بیماران در رسیدن به نتایج درمان گروهی عاطفه هراسی موثر

باشد (برگراف و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین خود دلسوزی به طور معناداری در کاهش علایم روان‌پزشکی و بهبود روابط بین فردی موثر است. به طور 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 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 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 و همکاران، ۲۰۰۳؛ گیمینو، ۲۰۱۶). اما دلیل تاثیرگذاری بیشتر ذهنی‌سازی بر کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی نسبت به درمان عاطفه‌هراسی نیز می‌تواند این باشد که اختلال در ذهنی‌سازی با سردرگمی هویت مرتبط است و آن نیز به نوبه خود با مشکلات بین فردی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مرتبط است (لیبرمن، ۲۰۰۷). بنابراین، ذهنی‌سازی با شفاف‌سازی مشکلات، ذهنی‌سازی جزئیات مشکل، ذهنی‌سازی 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 استرس‌زا می‌شود (باچ، ۲۰۱۶). در واقع در مان ذهنی‌سازی به فرد این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونیشان، کاهش طرح‌واره‌های طرد، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی و وابستگی/بی‌کفایتی و افزایش انعطاف‌پذیری و عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش دهد. همچنین بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشتاقانه با تجارب تأکید می‌ورزد (کالکلاو، ۲۰۱۸).

در این پژوهش مانند سایر پژوهش‌های دیگر محدودیتهایی از قبیل مشکل در نمونه‌گیری و عدم همکاری افراد در روند پژوهش وجود داشت. همچنین این پژوهش فقط روی زنان شهر قم انجام شده و در مورد جامعه مردان و سایر شهرهای دیگر قابل تعمیم نیست، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به این نکات توجه بیشتری شده و با توجه به اینکه درمان ذهنی‌سازی بر کاهش علایم اختلال شخصیت مرزی موثر است کارشناسان و مشاوران می‌توانند از این روش به عنوان روش کارآمد استفاده کنند.

منابع

- حسینی، اسماعیل، پویان، محمد، ولی‌زاده، علیرضا، مرادی، علیرضا. (۱۳۹۷). مدل‌سازی دینامیکی اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم و داروهای ضدافسردگی بر اختلال افسردگی اساسی. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی. ۴ (۱۶): ۱۲-۲۷.
- خواجه موگهی، ناهید. (۱۳۷۲). آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چند محوری میلیون/۲ در شهر تهران. رساله کارشناسی ارشد، (چاپ نشده)، انستیتو روانپزشکی تهران.
- سوری، پروانه، شکرزاده، شهره. (۱۳۹۸). بررسی ابعاد آسیب‌شناسی شخصیت و تواناییهای شناختی در افراد

با اختلال شخصیت مرزی. *رویش روان شناسی*. ۷(۴۰): ۱۶۳-۱۵۳

شریف، علی اکبر، مولوی، حسین، نامداری، کوروش. (۱۳۸۷). اعتبار یابی مقیاس میلیون ۳. *مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*. ۸(۳۴): ۲۷-۳۸

عینی، ساناز، نریمان، محمد، عطادخت، اکبر، بشرپور، سجاد، صادقی موحد، فریبا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و درمان شناختی-تحلیلی بر بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد سازندگی*. ۱۷(۳): ۲۸۷-۲۷۵.

محمودعلیوند، مجید، هاشمی، تورج، بیرامی، منصور، بخشی پور، عباس، شریفی، محمد امین. (۱۳۹۷). نقش بدرفتاری دوران کودکی و آلکسی تایمی در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی: مطالعه ای در جمعیت غیربالینی. *پژوهشهای روان شناختی*. ۲۱(۲): ۷۳-۹۶.

محمودی قهساره، مصطفی، آقامحمدیان شعرفاف، حمیدرضا، دهقانی، محمود، حسن آبادی، حسین. (۱۳۹۳). اثربخشی روان مدت پویشی کوتاه درمانی روان کننده با روش تنظیم اضطراب در درمان مردان مبتلا به هراس اجتماعی. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*. ۲۰(۲): ۱۲۰-۱۱۱.

- Bach, B., Lee, C., Mortensen, E. L., Simonsen, E. (2016). How do DSM-5 personality traits align with schema therapy constructs? *J. Pers. Disord.* 30, 502–529. http://dx.doi.org/10.1521/pedi_
- 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.
- Berggraf, L., Ulvenes, P., Hoffart, A., McCullough, L., & Wampold, B. (2014). Growth in sense of self and sense of others predicts reduction in interpersonal problems in short-term dynamic but not in cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 24, 456–469.
- 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
- Dekker-vanderSande, F, Sterkenburg, P. (2016). *Mentalization can be learned*. Doorn: Bartiméus.
- 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
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G. , & Bateman, A. (2003). The

- developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459.
- Frankl, M. (2017). Psychotherapy for substance use disorders--the importance of affects. Unpublished doctoral dissertation, Faculty of Arts and Sciences, Linköping University, Linköping, 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
- Hall, M. A., Riedford, K. M. (2017). Borderline Personality Disorder: Diagnosis and Common Comorbidities. *The Journal for Nurse Practitioners*, 13(9) : 455-456.
- Hayden, 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
- Huprich, SK, Nelson, SM, Lenqu, K, Albright, J. (2017). Object relations predicts borderline personality disorder symptoms beyond emotional dysregulation, negative affect, and impulsivity. *Journal of Personality Disorders*, 8:46 -53
- Keefe, J.R., McCarthy, K.S., Dinger, U., ZilchaMano, S., Barber, J.P. (2014). A Meta analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34: pp. 309-323.
- Kalleklev, J, Karterud, S. (2018). A comparative study of a mentalization-based versus a psychodynamic group therapy session. *Group Analysis*. (on-line). Available: <https://doi.org/10.1177/0533316417750987>. html. Accessed February 22, 2018
- Kellet, 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
- Kernberg, OF. (2015). Borderline (patient) personality. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)*, 755 -759
- Lieberman, MD. (2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annu Rev Psychol*. 58: 259-89.
- Maljanen, T., Knekt, P., Lindfors, O., Virtala, E., Tillman, P., Harkanen, T., et al. (2016). The costeffectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during 5-year follow up. *Journal of affective disorders*, 15(190): pp.254- 263.
- 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.
- Nordahl, H. M., & Nysæter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 254-264

- 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.
- Petersen, R, Brakoulas, V, Langdon, R. (2016). An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* ,16:12 -21
- 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