نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره هشتم، شماره ۱، سال ۱۳۹۸
Cardiovascular Nursing Journal, 8(1), 2019

مقاله پژوهشی اصیل

مقایسه تاثیر درمان ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی بر روابط موضوعی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب

عیسی محمدی[۱]، دانشجوی دکترای روان‌شناسی سلامت
*** شیدا سوداگر[۲]، دکترای روان‌شناسی سلامت**
بیوک تاجری[۳]، دکترای روان‌شناسی سلامت
اکبر عطادخت[۴]، دکترای روان‌شناسی عمومی
مریم بهرامی هیدجی[۵]، دکترای روان‌شناسی عمومی

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاثیر درمان ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی بر روابط موضوعی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب انجام شد.

زمینه. بیماری‌های قلبی‌عروقی علت عمده ناتوانی و مرگ در کشورهای مختلف جهان محسوب می‌شوند و با وجود ابداع روش‌های مختلف درمانی، هنوز دارای شیوع بالایی هستند.

روش کار. این مطالعه از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری، همه افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب بودند که در سال ۱۳۹۷ به بیمارستان امام خمینی اردبیل مراجعه کردند. از این جامعه آماری، تعداد ۶۰ نفر از طریق نمونه گیری هدفمند، بر اساس معیارهای ورود، انتخاب و به طور تصادفی در یکی از گروه‌های آزمایشی اول (۲۰ نفر)، آزمایشی دوم (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. در نهایت، پس از ریزش آزمودنی‌ها، ۵۵ نفر تا پایان مداخلات و ارزیابی‌ها باقی ماندند. گروه آزمایشی اول ۱۲ جلسه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، و گروه آزمایشی دوم ۱۰ جلسه روان‌درمانی حمایتی دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از پرسشنامه روابط موضوعی بل استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD از طریق نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها. بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، اختلاف معنادار آماری در میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی (درمان مبتنی بر ذهنی سازی: $p\leq ۰/۰۰۰۱$، $F=۶۹/۱۹$؛ و روان‌درمانی حمایتی: $p\leq ۰/۰۰۰۱$، $F=۸۶/۲۸$) و گروه کنترل ($p<۰/۴۳$، $F=۰/۸۷$) در زمینه روابط موضوعی و مؤلفه‌های آن مشاهده شد. همچنین، تاثیر روان‌درمانی حمایتی بر روابط موضوعی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب نسبت به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بیشتر بود ($p\leq ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند پایه‌ای برای به‌کارگیری این مداخلات در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونروی قلب باشد.

کلیدواژه‌ها: بیماری عروق کرونری قلب، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، روان‌درمانی حمایتی، روابط موضوعی

۱ دانشجوی دکترای روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۲ استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: sh_so90@yahoo.com
۳ استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۴ دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۵ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

مقدمه

بیماری‌های قلبی‌عروقی علت عمده ناتوانی و مرگ در کشورهای مختلف جهان محسوب می‌شوند و با وجود ابداع روش‌های مختلف درمانی، هنوز دارای شیوع بالایی هستند (گازیروفسکی و دیوتکیفز، ۲۰۱۳). امروزه بیماری‌های قلبی‌عروقی علت حدود ۳۰ درصد موارد مرگ در کل جهان محسوب می‌شوند (لانگو و همکاران، ۲۰۱۱). به نظر می‌رسد تجارب دوران کودکی، به ویژه، در دوران تشکیل دلبستگی کودک، اذیت و آزار در دوران کودکی، غفلت، و جدایی کودک از فردی که از وی مراقبت می‌کند، موجب رفتارهای نوروتیک و شخصیت اضطرابی شود و در صورت تداوم، این وضعیت باعث ایجاد بیماری‌های مزمنی مانند بیماری قلبی گردد. بنابراین، از جمله متغیرهایی که در این پژوهش به آن پرداخته شده است، روابط موضوعی است. دیدگاهی که برگرفته از رویکرد روان‌تحلیلی است و می‌توان آن را مورد توجه قرار داد.

فروید نخستین بار در زمینه روابط اولیه مادر-فرزند از اصطلاح "موضوع" استفاده کرد. این واژه در ترکیب با روابط، به روابط بین شخصی اشاره دارد و حاکی از بقایای درونی روابط گذشته است که تعاملات کنونی فرد با دیگران را شکل می‌دهد (تویسک و ده ونته، ۲۰۱۹). هاپریچ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که روابط موضوعی، بدتنظیمی هیجانی، عاطفه منفی و تکانش‌گری، علائم بیماری‌ها را پیش‌بینی می‌کنند که از نشانه‌های بیماری قلبی هستند. یکی از جنبه‌های مهم در درمان افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب، توجه به تجارب دوران کودکی است؛ دورانی که در آن، نحوه شکل‌گیری دلبستگی از اهمیت بالایی برخوردار است و همچنین، دورانی که تجربه آزارهای مداوم و شدید، غفلت و جدایی کودک از فردی که دوستش دارد را داشته باشد که این موارد، از عوامل اصلی و مؤثری هستند که در بروز و پیدایش بیماری و رفتارهای خصومت‌آمیز و تیپ شخصیتی نوروتیک ایفای نقش می‌کنند (هالواری و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، هر برنامه درمانی برای این افراد باید به سبک‌های دلبستگی اولیه توجه داشته باشد و نقش‌های متقابل و الگوهای ارتباطی بیمار را مورد تحلیل قرار دهد (کالکلور و کارترود، ۲۰۱۳).

با توجه به مطالب ارائه‌شده مشخص است که سبک دلبستگی و ظرفیت ذهنی‌سازی نقش مؤثری در سلامتی افراد ایفا می‌کنند؛ از این رو شناسایی و معرفی شیوه‌های درمانی مؤثر جهت افزایش رفتارهای سلامت‌مدار در بیماران مزمن از جمله افراد با بیماری عروق کرونری قلب مورد توجه پژوهشگران و روان‌شناسان است. از جمله درمان‌های روان‌شناختی برای این بیماری، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) نوع خاصی از روان‌درمانی روان‌پویشی است که بتمن و فوناگی (۲۰۰۴) ابداع کرده‌اند. این مدل درمانی مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریه دلبستگی بالبی و ذهنی‌سازی. فرض اصلی این است که کمبود ظرفیت ذهنی‌سازی منجر به رشد بیماری می‌شود. ظرفیت ذهنی‌سازی که یک کارکرد بازتابی تلقی می‌شود، توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران است که از طریق روابط بین‌فردی در دوران کودکی، به ویژه، روابط دلبستگی به دست می‌آید و زیربنای رفتارهای آشکار است. بیماران دارای اختلال روانی، کمبودهایی در ظرفیت ذهنی‌سازی دارند که با سبک دلبستگی ناایمن مرتبط است (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۳). کانون اصلی MBT، کمک به درمان‌جو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل نماید. هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمان‌جو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (اولیویرا و همکاران، ۲۰۱۷). زیاد بودن تجارب از تنبیه‌های دوران کودکی با کاهش توانایی ذهنی‌سازی در بزرگسالی رابطه دارد و کاهش توانایی ذهنی‌سازی زیربنای اختلال شخصیت است (پیترسون و براکولیاس، ۲۰۱۶). آلن و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیقی نشان دادند افرادی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند، فروپاشی در ذهنی‌سازی را تجربه می‌کنند. این فروپاشی باعث ظهور مجدد حالاتی از افکار می‌شود که در رفتارهای سلامت‌مدار تاثیر منفی می‌گذارد. پالگی و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی باعث کاهش علایم افسردگی و اضطراب و همچنین، باعث افزایش مدیریت استرس و روابط بین فردی در جانبازان شد.

یکی دیگر از اقدامات درمانی درباره بیماران قلبی، روان‌درمانی حمایتی است. روان‌درمانی حمایتی می‌تواند کیفیت زندگی افراد بیمار را بهبود بخشد، عملکرد سیستم ایمنی آنها را ارتقاء دهد و امید را در افراد زنده نماید (واتکینس، ۲۰۱۹). در واقع، روان‌درمانی حمایتی بر اساس نظریه روان‌کاوی به منظور کمک به بیمار در مواجهه با بحران‌های ناشی از مسائل اجتماعی و بیماری‌های جسمی مورد استفاده قرار می‌گیرد (راسمیوسن و کیالی، ۲۰۱۹). این درمان، ترکیبی از روش‌های تقویت ایمان و معنویت، دعا، آرام‌بخشی، خودگویی عبارات مثبت، تصویرسازی مثبت، آگاه‌سازی، گسترش افکار مثبت و مقابله با افکار منفی، تغذیه و ورزش است. مک

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

کورمیک و همکاران (۲۰۰۱) و فیتس پاتریک و همکاران (۲۰۰۶) بر نقش معنویت و دعا و تمرینات آرام‌بخشی در سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی تاکید می‌نمایند. روان‌درمانی حمایتی برای جلوگیری از افسردگی زنان مبتلا به اچ آی وی موثر است (وو و دیگران، ۲۰۰۸). همچنین، جهان بخشیان، زهراکار و داورنیا (۱۳۹۵) در تحقیقی نشان دادند که مداخلات حمایتی مراقبان افراد مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروز در افزایش سلامت روان (کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش عاطفه مثبت) این افراد موثر بوده است. هدف این تحقیق، مقایسه تاثیر درمان ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی بر روابط موضوعی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، از نوع مطالعه تجربی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری این پژوهش را کلیه مردان مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب، بستری در بیمارستان امام خمینی اردبیل در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۶۰ مرد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند، بر اساس معیارهای ورود، از میان جامعه آماری انتخاب شدند و به صورت تصادفی، در یکی از گروه‌های آزمایشی اول (۲۰ نفر)، آزمایشی دوم (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل عدم ابتلا به بیماری دیگری غیر از بیماری عروق کرونری قلب، جنسیت مرد، سن بین ۳۰ تا ۶۵ سال، و نداشتن جراحی قلبی پیش از مداخله بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه در طی مداخله درمانی و حضور نامنظم در جلسات درمانی بودند. طی مراحل درمان، در گروه آزمایشی اول، یک نفر و در گروه آزمایشی دوم، دو نفر، قبل از خاتمه پژوهش، مداخله درمانی را ترک کردند. در گروه کنترل نیز، دو نفر در مرحله پیگیری شرکت نکردند. در نهایت، ۵۵ نفر تا پایان مداخله و ارزیابی باقی ماندند. جهت پیگیری ثبات مداخلات بعد از یک دوره ۶ ماهه، شرکت‌کنندگان دوباره به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه روابط موضوعی بل استفاده شد و برای انجام مداخلات نیز از پروتکل آموزشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بتمن و فوناگی و روان‌درمانی حمایتی هوتزل استفاده شد. پرسشنامه روابط موضوعی بل و همکاران (۱۹۸۶) بخشی از پرسشنامه ۹۰ گزینه‌ای روابط موضوعی و واقعیت‌سنجی بل است. این پرسشنامه هم برای جمعیت بالینی و هم غیربالینی استاندارد شده است و در پژوهش‌های بسیاری، در حوزه روابط بین فردی و در تشخیص و پیش‌بینی آسیب‌های روانی به کار رفته است. این پرسشنامه دارای ۴۵ ماده است که به صورت صحیح/غلط به آن پاسخ داده می‌شود و از طریق چهار خرده‌مقیاس بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خودمیان بینی، و بی‌کفایتی اجتماعی، ارزیابی دقیق و معتبری از روابط موضوعی ارائه می‌دهد. نحوه پاسخگویی به پرسشنامه به این نحو است که بر مبنای راهنمای ارائه‌شده، آزمودنی برای هر یک از سئوالات، گزینه "صحیح" یا "غلط" را انتخاب می‌کند؛ و برحسب کلید پرسشنامه، در برخی سئوالات، به گزینه "صحیح" نمره یک و در برخی سئوالات دیگر، به گزینه "غلط" نمره یک تعلق می‌گیرد. جمع نمرات سئوالات مربوط به هر خرده‌مقیاس، نمره کل را در هر یک از آنها مشخص می‌سازد (پرویز و همکاران، ۲۰۱۶). بل و همکاران (۱۹۸۶) درباره پایایی و روایی این پرسشنامه گزارش نمودند که این ابزار از این جهت که قادر به تفکیک جمعیت بالینی است از درجه بالایی از اعتبار تفکیکی برخوردار است، و همچنین، به جهت همبستگی بالا با دیگر ابزارهای سنجش آسیب-پذیری روانی، اعتبار همزمان قابل قبولی دارد. در پژوهشی دیگر با استفاده از این ابزار، اختلال شخصیت مرزی را از نظر الگوهای مخرب روابط موضوعی، از دیگر گروه‌ها که شامل بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا بود، متمایز کردند. بررسی مقدماتی روایی و پایایی این پرسشنامه توسط هادی‌نژاد و همکاران (۲۰۱۴) صورت گرفته است؛ آنها ضریب آلفای کرونباخ را برای بی‌کفایتی اجتماعی، خودمحوری، دلبستگی ناایمن و بیگانگی، به ترتیب، ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۷۴، و ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین، همبستگی بین سیاهه ۹۰ سئوالی علایم فرم بازنگری شده (SCL-90-R) و خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ بود (هادی‌نژاد و همکاران، ۲۰۱۴). در این تحقیق، روایی این پرسشنامه با استفاده از دیدگاه صاحبنظران مرتبط در این زمینه بررسی و مورد تایید قرار گرفت و هچنین، پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای بی‌کفایتی اجتماعی، ۰/۶۵؛ خودمحوری، ۰/۷۲؛ دلبستگی ناایمن، ۰/۷۵؛ و بیگانگی، ۰/۷۸ به دست آمد.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، مداخله‌ای آموزشی است که بتمن و فوناگی در سال ۲۰۰۴ تدوین کرده‌اند. این پروتکل در پژوهش‌های متعددی در مورد اختلالات روانی (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۳) و بیماری‌های جسمی مانند سرطان و چاقی مورد استفاده قرار گرفته است و تاثیر آن در این موارد تایید شده است (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). این پروتکل به صورت آموزشی اجرا شد و جزئیات مربوط به هر جلسه در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به تفکیک جلسات (برگرفته از پروتکل درمانی بتمن و فوناگی)

جلسه	محتوا
اول	ذهنی‌سازی چیست؟
دوم	بیان اهداف جلسه (شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب/ مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران/ مشکلات تنظیم هیجان و تکانش‌گری/ حساسیت بین‌فردی)
سوم	چرا ما هیجان داریم و هیجانات اصلی کدامند؟
چهارم	ذهنی‌سازی هیجانات، تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خودمان و حالات هیجانی در دیگران
پنجم	دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی
ششم	دلبستگی و ذهنی‌سازی
هفتم	بیماری عروق کرونری قلب چیست؟
هشتم	درمان و آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی
نهم	جنبه دلبستگی درمان و آموزش مبتنی بر ذهنی‌سازی
دهم	ارائه آموزش در مورد اضطراب و ترس
یازدهم	ارائه رویکرد آموزشی در مورد افسردگی
دوازدهم	خلاصه و نتیجه‌گیری

روان‌درمانی حمایتی توسط هوتزل در سال ۲۰۰۲ به منظور تقویت کارکرد بهینه روان‌شناختی و اجتماعی بیمار از طریق بازپروری و تقویت توانایی‌های او برای اداره زندگی، تقویت هر چه بیشتر احترام به خویش و عزت نفس در بیمار، آگاه نمودن بیمار نسبت به واقعیت محدودیت‌ها و آنچه دست‌یافتنی یا دست‌نیافتنی است (مثل محدودیت‌های شخصی خود و محدودیت‌های درمان) و پیشگیری از بازگشت مجدد بیماری و تلاش برای جلوگیری از پس‌رفت یا بستری شدن دوباره بیمار، و توانا ساختن وی تا آن میزان از درمان حرفه ای را طلب کند که به سازگاری هر چه بهتر او بیانجامد و بدینگونه از وابستگی بی مورد او ممانعت به عمل آید مغرفی شد. در این مطالعه، از روان‌درمانی حمایتی، به صورت گروهی در ۱۰ جلسه استفاده شد و سعی شد در فضایی امن و آرام، با تقویت نیروی ایمان و اعتماد به نفس، مراجع توانمندی بیمار آشکار شود و راه برای هدفمندی و تلاش جهت زندگی مثبت برای افراد هموار گردد. در جدول شماره ۲ خلاصه جلسات روان‌درمانی حمایتی آمده است.

روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که هماهنگی‌های لازم با ریاست بیمارستان امام خمینی اردبیل و همچنین، مسئولان بخش قلب بیمارستان صورت گرفت. ابتدا ۶۰ نفر که مایل به شرکت در پژوهش بودند به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از بیماران برای شرکت در مداخله، پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شدند. سپس، نمونه مورد مطالعه (۶۰ نفر) به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را به مدت ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای، و گروه آزمایشی دوم، روان‌درمانی حمایتی را به مدت ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمود. اعضای گروه کنترل ملاقات‌هایی با آزمون‌گر داشت، ولی درمان فعال و مشخصی برای آنها اجرا نشد. پس از پایان مداخلات، اقدام به

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون شد. جهت پیگیری ثبات مداخلات، نمونه‌های تحقیق بعد از یک دوره ۶ ماهه، به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. در این پژوهش، ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حفظ حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. این پژوهش با کد IR.IAU.K.REC.1397.183 توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج تایید شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD از طریق نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) تحلیل شدند.

جدول شماره ۲: محتوای جلسات روان‌درمانی حمایتی به تفکیک جلسات (برگرفته از پروتکل درمانی هوتزل)

جلسات	محتوا
اول	معرفی اعضای گروه، بیان هدف از اجرای درمان، آموزش تعاریف مربوط به بیماری عروق کرونری قلب، راه‌های ابتلا به این بیماری و پیشگیری
دوم	آموزش باورهای معنوی با بیان جملات و داستان‌های معنوی و آیات الهی
سوم	آموزش اهمیت دعا کردن در تقویت روحیه و اعتماد به نفس و آشنایی با چند دعا
چهارم	آموزش فنون آرام‌بخشی و تصویرسازی مثبت به منظور کاهش اضطراب و ایجاد آرامش درونی
پنجم	بررسی علل احساس گناه و راه‌های مبارزه با آن، فرصت برای تخلیه هیجانی اعضای گروه
ششم	آموزش روش حل مسئله به منظور برخورد صحیح با مسائل زندگی، فرصت برای تخلیه هیجانی اعضای گروه
هفتم	آموزش روش‌های افزایش اعتماد به نفس و خودباوری با تکیه بر توانمندی‌ها و تقویت آنان و ترغیب به انجام کارهای مفید روزانه
هشتم	آموزش اهمیت هدفمندی و روش‌های هدف‌گذاری
نهم	بیان خلاصه موضوعات جلسات گذشته و ارائه بازخورد با تکرار عبارات تاکیدی مثبت
دهم	خلاصه و نتیجه‌گیری

یافته‌ها

برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه به تفکیک گروه‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، روان‌درمانی حمایتی و گروه کنترل در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳: برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

	گروه درمان ذهنی‌سازی	گروه روان‌درمانی حمایتی	گروه کنترل
متغیر	**تعداد (درصد)**	**تعداد (درصد)**	
مصرف سیگار			
بلی	۱۴ (۷۳/۷)	۱۴ (۷۷/۸)	۱۴ (۷۷/۸)
خیر	۵ (۲۶/۳)	۴ (۲۲/۲)	۴ (۲۲/۲)
وضعیت اقتصادی			
خوب	۲ (۱۰/۵)	۲ (۱۱/۱)	۲ (۱۱/۱)
متوسط	۱۱ (۵۷/۹)	۸ (۴۴/۴)	۱۱ (۶۱/۱)
ضعیف	۶ (۳۱/۶)	۸ (۴۴/۴)	۵ (۲۷/۸)

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

در جدول شماره ۴، میانگین و انحراف معیار متغیر روابط موضوعی در سه مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه آمده است.

جدول شماره ۴: میانگین و انحراف معیار متغیر روابط موضوعی در سه مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

گروه	درمان ذهنی‌سازی	روان‌درمانی حمایتی	کنترل
مولفه	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
بی‌کفایتی اجتماعی			
پیش‌آزمون	۱۴/۶۳ (۲/۴۳)	۱۴/۸۳ (۳/۳۲)	۱۴/۱۷ (۲/۹۹)
پس‌آزمون	۸/۵۸ (۴/۳۹)	۸/۹۴ (۴/۶۱)	۱۴/۸۹ (۲/۲۷)
پیگیری	۹/۳۷ (۴/۱۴)	۸/۶۷ (۳/۷۷)	۱۴/۶۱ (۳/۱۱)
خودمیان‌بینی			
پیش‌آزمون	۳/۶۸ (۱/۵۶)	۳/۷۲ (۱/۶۴)	۳/۹۴ (۱/۳۹)
پس‌آزمون	۲/۲۶ (۱/۳۷)	۲/۰۶ (۱/۳۵)	۳/۴۴ (۱/۰۴)
پیگیری	۲/۹۵ (۱/۶۴)	۲/۵۰ (۰/۸۶)	۳/۳۳ (۰/۹۷)
دلبستگی ناایمن			
پیش‌آزمون	۸/۸۴ (۲/۰۶)	۸/۸۳ (۱/۹۸)	۸/۳۳ (۱/۷۸)
پس‌آزمون	۵/۷۹ (۲/۲۹)	۴/۵۰ (۲/۰۰)	۸/۱۱ (۱/۶۴)
پیگیری	۶/۵۳ (۲/۱۷)	۴/۸۹ (۱/۷۴)	۷/۸۹ (۱/۸۴)
بیگانگی			
پیش‌آزمون	۱۵/۸۹ (۳/۵۰)	۱۶/۱۱ (۴/۳۹)	۱۵/۵۶ (۳/۱۵)
پس‌آزمون	۱۰/۳۷ (۴/۴۷)	۹/۰۶ (۴/۵۰)	۱۵/۱۷ (۳/۱۳)
پیگیری	۱۰/۶۸ (۳/۵۳)	۹/۴۴ (۳/۱۸)	۱۵/۱۱ (۳/۴۸)
نمره کل			
پیش‌آزمون	۴۳/۰۵ (۸/۰۶)	۴۳/۵۰ (۱۰/۱۱)	۴۲/۰۰ (۷/۹۲)
پس‌آزمون	۲۷/۰۰ (۱۱/۹۴)	۲۲/۵۶ (۱۱/۳۸)	۴۱/۶۱ (۵/۹۴)
پیگیری	۲۹/۵۲ (۱۰/۱۷)	۲۵/۵۰ (۸/۴۵)	۴۰/۹۴ (۷/۶۶)

به‌منظور بررسی تاثیر درمان ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی بر روابط موضوعی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در هر گروه به‌صورت مجزا استفاده شد (جدول شماره ۵). پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و مفروضه یکسان بودن واریانس‌های گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای وابسته و مؤلفه‌های آنها رعایت شده است. نتایج آزمون کرویت ماشلی، به‌عنوان مفروضه اصلی اندازه‌گیری مکرر نشان داد که مفروضه کرویت در گروه درمان ذهنی‌سازی، گروه روان‌درمانی حمایتی و گروه کنترل رعایت شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد تاثیر درمان ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی در سه مرحله ارزیابی روابط موضوعی معنادار بود. به عبارت دیگر، بین میانگین‌های روابط موضوعی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های درمان ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی تفاوت معنادار آماری وجود دارد. در گروه کنترل، اثر زمان در سه مرحله سنجش روابط موضوعی معنادار نبود. با توجه به نتایج ضریب Eta درمان ذهنی‌سازی، ۵۲/۲ درصد؛ روان‌درمانی حمایتی، ۶۲/۹ درصد؛ و شرایط بدون مداخله (گروه کنترل)، ۴/۹ درصد از تغییرات روابط موضوعی را تبیین می‌کنند. ضرایب Eta برای هر یک مولفه‌های روابط موضوعی در جدول شماره ۵ گزارش‌شده است. با توجه به معناداری نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در گروه‌های درمان ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی، به‌منظور مقایسه دوبه‌دو مراحل زمانی در روابط موضوعی از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد (جدول شماره ۶). نتایج آزمون LSD با مقایسه دوبه‌دو مراحل زمانی نشان داد

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

هم درگروه درمان ذهنی‌سازی و هم در گروه روان‌درمانی حمایتی میانگین‌های روابط موضوعی از مراحل پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری کاهش معناداری داشت.

جدول شماره ۵: نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر درون آزمودنی‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری روابط موضوعی

عامل درون‌گروهی/ گروه	منبع		SS	df	MS	F	P value	Eta
روابط موضوعی								
بی‌کفایتی اجتماعی	زمان	درمان ذهنی‌سازی	۴۱۱/۴۰	۱/۶۰	۲۵۷/۵۰	۲۱/۳۲	≤۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۲
	زمان	روان‌درمانی حمایتی	۳۷۴/۲۶	۱/۳۷	۳۱۹/۶۷	۲۱/۷۵	≤۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۱
	زمان	کنترل	۴/۷۸	۲	۲/۳۹	۲/۴۹	۰/۰۹۷	۰/۱۲۸
خودمیان‌بینی	زمان	درمان ذهنی‌سازی	۱۹/۱۹	۲	۹/۶۰	۴/۹۲	۰/۰۱۳	۰/۲۱۵
	زمان	روان‌درمانی حمایتی	۲۶/۸۱	۲	۱۳/۴۱	۸/۵۷**	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵
	زمان	کنترل	۳/۸۱	۲	۱/۹۱	۲/۱۰	۰/۱۳۸	۰/۱۱۰
دلبستگی ناایمن	زمان	درمان ذهنی‌سازی	۹۶/۴۲	۲	۴۸/۲۱	۱۱/۸۷	≤۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۷
	زمان	روان‌درمانی حمایتی	۲۰۶/۹۳	۲	۱۰۳/۴۶	۳۳/۹۱	≤۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۶
	زمان	کنترل	۱/۷۸	۲	۰/۸۹	۱/۳۲	۰/۲۸۰	۰/۰۷۲
بیگانگی	زمان	درمان ذهنی‌سازی	۳۶۶/۰۰	۱/۴۹	۲۴۴/۸۵	۱۵/۹۹	≤۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۰
	زمان	روان‌درمانی حمایتی	۵۶۶/۲۶	۲	۲۸۳/۱۳	۲۴/۱۶	≤۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۷
	زمان	کنترل	۲/۱۱	۱/۴۶	۱/۴۴	۰/۰۶۶	۰/۵۲۰	۰/۰۳۸
نمره کل	زمان	درمان ذهنی‌سازی	۲۸۳۱/۱۹	۱/۵۰	۱۸۸۴/۳۸	۱۹/۶۹	≤۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۲
	زمان	روان‌درمانی حمایتی	۴۱۰۲/۷۰	۱/۵۱	۲۷۰۹/۵۴	۲۸/۸۶	≤۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۹
	زمان	کنترل	۱۰/۲۶	۲	۵/۱۳	۰/۸۷	۰/۴۳	۰/۰۴۹

جدول شماره ۶: مقایسه‌های زوجی در سه مرحله ارزیابی روابط موضوعی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته/ گروه	دوره زمانی	دوره زمانی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P value
روابط موضوعی (نمره کل)					
درمان ذهنی‌سازی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۶/۰۵	۳/۲۷	≤۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۳/۵۳	۳/۰۴	≤۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۵۳/۲۰	۱/۶۷	۰/۱۴۷
روان‌درمانی حمایتی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۸/۹۴	۳/۴۹	≤۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۸/۰۰	۲/۸۵	≤۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۹۴	۱/۸۵	۰/۶۱۷

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی بر روابط موضوعی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب بود که با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد و نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و روان‌درمانی حمایتی بر روابط موضوعی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب تاثیر داشت و اثر روان‌درمانی حمایتی نسبت به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بیشتر بود. در این زمینه، پژوهشی که به طور مستقیم با این نتایج همخوانی داشته باشد یافت نشد، زیرا مرور مطالعات گذشته نشان داد که تا به حال هیچ پژوهشی به طور مستقیم، تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را بر روابط موضوعی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب مورد مطالعه قرار نداده است و اندک پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه مربوط به بررسی تاثیر این درمان بر علایم روان‌شناختی است، اما مطالعاتی هستند که می‌توان چنین نتایجی را از آنها استنتاج کرد.

با توجه به اینکه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نوع خاصی از روان‌درمانی روان‌پویشی است که بتمن و فوناگی (۲۰۰۴) ابداع کرده‌اند، لذا مطالعات صورت گرفته نیز در این حوزه متمرکز بوده‌اند. به عنوان نمونه، در ایران، عینی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به شدت بر بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی موثر است. همچنین، در این پژوهش، تاثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود دلبستگی ناایمن و بی‌کفایتی اجتماعی، از درمان شناختی تحلیلی بیشتر بود. کویک و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که ذهنی‌سازی، یک هدف درمانی مهم است که بر علایم اختلال شخصیت و عملکرد بین فردی در نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد. با توجه به اینکه تجارب نامطلوب کودکی باعث می‌شود کودکان بازنمایی‌های موضوعی مختلی را درونی کنند که امکان تلفیق جنبه‌های مطلوب و نامطلوب نزدیکان را فراهم نمی‌سازد، در نتیجه این روابط موضوعی مختل، "منِ" نا ایمن پدید می‌آید که ویژگی اصلی اختلال در شخصیت است (کرنبرگ، ۲۰۱۵). همچنین، کالکلر و کارتود (۲۰۱۸) نشان دادند که بهبودی نشانه‌های پریشانی، عملکرد شغلی و بین‌فردی در بیمارانی که ذهنی‌سازی را دریافت کرده‌اند نسبت به بیمارانی که برنامه‌های درمانی روان‌پویشی سنتی را دریافت کرده‌اند به‌طور معناداری بیشتر است. شواهد فوق، به طور غیرمستقیم می‌توانند از تاثیر ذهنی‌سازی بر بهبود روابط موضوعی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب حمایت کنند. در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب، به دلیل دلبستگی ناقص و احساس کمبود در دلبستگی، نوعی اضطراب مداوم ایجاد می‌شود که بر رفتارهای فرد تاثیر گذاشته و مانع از تعاملات اجتماعی سازنده و تلاش برای ارتقای سلامتی می‌شود. همچنین، ممکن است به دلیل دلبستگی آشفته در دوران کودکی نوعی بی‌اعتمادی ایجاد شده است که مانع تعاملات اجتماعی سازنده و به عبارتی باعث بی‌کفایتی اجتماعی و احساس بیگانگی در تعاملات اجتماعی می‌شود. از طریق ذهنی‌سازی، این نوع رفتارها بهبود یافته و به فرد اجازه می‌دهد تا مسائل را بهتر درک کند و ذهنش را برای فهمیدن احساساتش بگشاید. فرد با غلبه بر اضطراب، اطلاعات مثبت اجتماعی که قبلا رد شده بودند را تثبیت می‌کند و قادر می‌شود باورهایش را تغییر دهد (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، ذهنی‌سازی، یک موضع ندانستن ارائه می‌دهد که پایه‌ای برای کاوش دیدگاه درد است. تایید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین بیمار و درمانگر، تجربه بیمار را در این مورد که او تنها نیست افزایش می‌دهد و نشان می‌دهد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص کردن حالات ذهنی و افزایش پویا بودن مفید باشد (بتمن و فوناگی، ۲۰۱۶)؛ بنابراین، می‌تواند باعث کاهش بیگانگی در فرد شود. تمرکز بیشتر بر عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان، زمینه ای فراهم می‌کند که در آن، به کاوش حالت‌های پیچیده‌تر ذهنی در زمینه دلبستگی پرداخته شود. بنابراین، این درمان باعث بهبود روابط موضوعی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب می‌شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که روان‌درمانی حمایتی بر روابط موضوعی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب تاثیر دارد و این بدین معنی است که بیمارانی که روان‌درمانی حمایتی دریافت کردند، در مقایسه با بیمارانی که از این درمان بی‌بهره ماندند (گروه کنترل)، بهبود روابط موضوعی را تجربه کردند. در تبیین این یافته، کرنبرگ (۲۰۱۵) مطرح کرد که تجارب نامطلوب کودکی باعث می‌شود که کودکان، بازنمایی‌های موضوعی مختلی را درونی کنند که یکپارچه کردن جنبه‌های مهرآمیز و نامهرآمیز کسانی را که به آنها نزدیک هستند دشوار کند. در نتیجه این روابط موضوعی مختل، "منِ" ناایمن پدید می‌آید که ویژگی اصلی بیماری‌ها است. کاسیدی (۲۰۰۰) معتقد است که تجارب دلبستگی، شخصیت کودک را شکل می‌دهد و بسیاری از اختلالات، حاصل محرومیت

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

کودک از مراقبت‌های مراقب یا عدم ثبات در روابط کودک با فردی است که دلبستگی با او صورت می‌گیرد. هاپریچ، نیلسون، لینکو و آلبریت (۲۰۱۷) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که روابط موضوعی بدتنظیمی هیجانی، عاطفه منفی و تکانش‌گری، علایم بیماری‌ها را پیش‌بینی می‌کنند. تویسک و ده ونته (۲۰۱۹) جهت ایجاد دلبستگی در بیماران درباره نقش روان‌درمانی حمایتی اظهار می‌کنند که شرکت افراد در گروه‌های رو در رو سبب ارائه اطلاعات و حمایت یکدیگر گردیده، حس تنهایی را کاهش می‌دهد و سازگاری با این بیماری ترسناک را تسهیل می‌نماید. بیماران در این گروه‌ها با یکدیگر همدلی می‌کنند و از تجربیات مشابه یکدیگر تقویت می‌شوند، که این امر منجر به همبستگی و پیوند بیشتر میان آنان می‌شود. در واقع، روان‌درمانی حمایتی بر اساس نظریه روان-کاوی به منظور کمک به بیمار برای مواجهه با بحران‌های ناشی از مسائل اجتماعی و بیماری‌های جسمی مورد استفاده قرار می‌گیرد (چاپمن، ۲۰۱۶). بررسی‌های دین (۲۰۰۰) نیز حاکی از تاثیر آموزش تمرینات آرام‌بخشی و تقویت افکار مثبت است که در مجموع، باعث بهبود روابط موضوعی از طریق کاهش بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خودمیان‌بینی و بی‌کفایتی اجتماعی در بیماران می‌شود.

نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به عنوان یک رویکرد درمانی جدید، و روان‌درمانی حمایتی با پیشینهٔ پژوهشی قوی، راهبردهایی مناسب برای بهبود روابط موضوعی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب هستند و می‌توان از آنها به عنوان یک مداخله مؤثر در درمان بیماری عروق کرونری قلب استفاده کرد. این یافته‌ها دارای تلویحات کاربردی در زمینه روابط موضوعی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب هستند. بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان مداخله ارائه‌شده در این پژوهش را در کنار مصرف داروها پیشنهاد داد. پژوهش حاضر همراه با محدودیت هایی بود؛ از جمله اینکه بر روی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب در بیمارستان امام خمینی اردبیل انجام شد که تعمیم نتایج به سایر شهرستان‌ها را با مشکل مواجه می‌کند؛ از این رو پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این پژوهش بر روی افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلبی در شهرهای دیگر انجام شود و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. همچنین، نمونه‌مورد مطالعه فقط از مردان مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب بودند، بنابراین، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از جامعه آماری زنان استفاده شود تا تاثیر هر کدام از درمان‌ها بر روی زنان نیز مشخص شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده مسئول است که با هزینه شخصی انجام شده است. پژوهشگران از مسئولان محترم بیمارستان امام خمینی اردبیل و نیز از کلیه بیمارانی که در این پژوهش شرکت نموده و با همکاری صادقانه خود زمینه را برای نتیجه‌گیری دقیق مهیا نمودند، قدردانی می‌نمایند.

منابع فارسی

جهان بخشیان، ن. زهراکار، ک. داورنیا. ۱۳۹۵. اثر بخشی گروه درمانی آموزشی - حمایتی مراقبان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بر سلامت روان بیماران. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۳ (۱۴۴)، ۲۹-۱۹.

پرویز، ک. آقامحمدیان شعرباف، ح. قنبری هاشم‌آبادی، ب. دهقانی، م. ۱۳۹۵. رابطه توانمندی ایگو و فراشناخت در دانشجویان دختر و پسر، راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، دوره‌ی ۹، شماره‌ی۲، صص۱۱۸-۱۲۶.

عینی، س. نریمانی، م. ۱۳۹۸. اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر قدرت ایگو و مکانیسم های دفاعی در افراد مبتلا به اختلال، شخصیت مرزی، مجله شفای خاتم، ۷(۳)، ۱۲-۲.

هادی‌نژاد، ح. طباطبایی‌یان، م. دهقانی، م. ۱۳۹۴. بررسی مقدماتی روایی و پایایی پرسشنامه روابط موضوعی و واقعیت‌آزمایی بل، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره‌ی ۲۰، شماره‌ی ۲، صص ۱۶۲-۱۶۹.

منابع انگلیسی

Allen, J.G., Lemma, A., Fonagy, P. 2012. Trauma. In A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), Handbook of mentalizing in mental health practice (pp. 419–444). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

Bateman, A., Fonagy, P. 2004. Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization- based treatment. Oxford, UK: Oxford University Press.
Bateman, A., Fonagy, P. 2013. Impact of clinical severity on outcomes of mentalization- based treatment for borderline personality disorder. British Journal of Psychiatry, 203, 221–227.
Bateman, A., Fonagy, P. 2016. Mentalization-based treatment for personality disorders. 1th edition, United Kingdom: Oxford University Press.
Bell, M., Billington, R., Becker, B. 1986. A Scale for the as sessment of object relations: reliability, validity, and factorial invariance. Journal of Clinical Psychology, 42(5): 733-741.
Cassidy, J. 2000. Adult romantic attachments: A developmental perspective on individual differences. Review of General Psychology, 4(2): 111-131.
Chapman, D. J. 2016. Subject/object relationships and emotionally durable design. In Longer Lasting Products (pp. 87-102). Routledge.
Delavar, A. 2016. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. 1 th ed. Tehran: Roshd Press.
Dane, B. 2000. "Mediation as a way to cope with AIDS" Journal of religion and Health, Vo 139, No 1.
Fitz Patrick, A, Standish L, Brom B, Sanders F, Berger J, Calares C .2006."Association of mind-body intervention with Qol in HIV positive individuals" Bastyr university: June 10.
Gasiorowski, A., & Dutkiewicz, J. 2013. Comprehensive rehabilitation in chronic heart failure. Ann Agric Environ Med, 20(3), 606-612.
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(1): 46-53.
Hutzell, R.R. 2002. A general course of group logoanalysis. Joernaal/Journal: Viktor Frankl Foundation of South Africa, 7, 15-26.
Halvari, A. E. M., Halvari, H., & Deci, E. L. 2019. Dental anxiety, oral health-related quality of life, and general well-being: A self-determination theory perspective. Journal of Applied Social Psychology, 49(5), 295-306.
Kallekler, J., Karterud, S. A. 2018. comparative study of a mentalization-based versus a psychodynamic group.
Kernberg, OF. 2015. Borderline (patient) personality. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition;755-759.
Longo, D., Fauci, A., Kasper, A., Hauser, S., Jameson, J., & Loscalzo, J. 2011. Harrison's Principles of Internal Medicine (18 ed.). United States: Mc Graw Gill Medical.
Mukherjee, A., Mazumder, K., Kaushal, V., & Ghoshal, S. 2017. Effect of supportive psychotherapy on mental health status and quality of life of female cancer patients receiving chemotherapy for recurrent disease. Indian journal of palliative care, 23(4), 399.
McCormick, D.P, Holder, B. Wetsel, M.A, Cowthon, T.W . 2001. Spirituality and HIV disease, an integrated perspective J Assoc Nurses AIDS care May – June 12.۶۵-۵۸ :(۳)
Oliveira, C.D., Rahioui, H., Smadja, M., Gorsane, MA., Louppe, F. 2017. Mentalization based treatment and borderline personality disorder. L'Encéphale, 43(4): 340-345.
Palgi, S.H., Palgi, Y., Ben-Ezra, M., Shrira, A. 2014. “I will fear no evil, for I am with me”: Mentalization-oriented intervention with PTSD patients. A case study. journal of Contemp Psychother,44(3):173-82.
Petersen, R., Brakoulias, V., Langdon, R. 2016. An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. Comprehensive Psychiatry, 16: 12-21.
Quek, J., Melvin, G,A., Bennett, C., Gordon, M.S, Saeedi, N., Newman, L.K. 2019. Mentalization in adolescents with borderline personality disorder: A comparison with healthy controls. journal of Personality Disorder; 32(2): 145-63.
Rasmussen, B., & Kealy, D. 2019. Reflections on supportive psychotherapy in the 21st century. Journal of Social Work Practice, 1-15.
Twisk, J. W., & de Vente, W. 2019. Hybrid models were found to be very elegant to disentangle longitudinal within-and between-subject relationships. Journal of clinical epidemiology, 107, 66-70.
Wu, D.Y, Munoz M, Espiritu B, Zelandita J, Sanchez E, Callacna M, Rojas C, Arevalo J, Caldas A, Shin S . 2008. "Burden of depression among impoverished HIV-positive Women in peru"; journal of Acquir Immune Defic syndr Avg 1, 48 (4): 500-4.
Watkins, J.r, C. E. 2019. Do We Need a Supportive-Therapy-Specific Psychotherapy Supervision?. American journal of psychotherapy, 72(1), 21-23.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]

Original Article

Comparison of the effect of mentalization-based therapy and supportive psychotherapy on object relations in people with coronary heart disease

Issa Mohammadi1, PhD Student
*** Sheida Sodagar2, PhD**
Biyuk Tajeri3, PhD
Akbar Atadokht4, PhD
Maryam Bahrami Heidaji5, PhD

Abstract

Aim. The aim of this study was to compare the effect of mentalization-based therapy and supportive psychotherapy on object relations in people with coronary heart disease.

Background. Cardiovascular diseases are the main cause of disability and death in different countries of the world and despite the development of various treatments, it is still highly prevalent.

Method. This experimental study was conducted in the form of the pretest-posttest design with control group and follow-up stage. The statistical population consisted of all people with coronary heart disease who referred to Imam Khomeini Hospital in Ardabil during 2018. Of this statistical population, 60 people were selected through purposive sampling and according to inclusion criteria, and were randomly assigned to two experimental groups and one control group (20 people in each group). Finally, 55 people remained until the end of interventions and evaluations. The first experimental group received 12 sessions of mentalization-based therapy, the second experimental group received 10 sessions of supportive psychotherapy, while the control group did not receive any intervention. Bell Object Relations Questionnaire was used for data collection in three stages of pre-test, post-test and follow-up. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance and LSD post-hoc test using SPSS statistical software (version 22).

Findings. After controlling the pre-test effects, a statistically significant difference was found between the post-test mean scores of the experimental groups (mentalization -based therapy: $F=19.69$, $P\leq0.0001$; and supportive psychotherapy: $F=28.86$, $P\leq0.0001$) and the control group ($F=0.87$, $P<0.43$) in terms of object relations and its components. Also, the effect of supportive psychotherapy on object relations of patients with coronary heart disease was higher than that of mentalization -based therapy ($P<0.01$).

Conclusion. The results of the present study provides the basis for using these interventions in people with coronary heart disease.

Keywords: Coronary Heart Disease, Mentalization-based therapy, Supportive psychotherapy, Object Relations

1 PhD Student of Health Psychology, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
2 Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (*Corresponding Author) email: sh_so90@yahoo.com
3 Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
4 Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.
5 Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-13]