مقاله تحقیقی

اثربخشی درمان تحلیلی کارکردی بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

ماندانا سیروس [1]، بهرام میرزاییان [2*]، رمضان حسن زاده [3]

[1] دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران

[2] استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران

[3] استاد گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.

نشانی الکترونیک:

bahrammirzaian@gmail.com

چکیده

زمینه: اختلال شخصیت مرزی بربسیاری از حیطه های شناختی، رفتاری و حتی هیجانی افراد تاثیر بسزایی دارد. هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان تحلیلی کارکردی بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام ۴۳ زن بستری در مرکز نگهداری بیماران اعصاب و روان مهرآفرین شهر کرج در سال ۱۳۹۹ بود. تعداد ۳۳ نفر از بیمارانی که دارای اختلال شخصیت مرزی در سطح متوسط بودند، پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه با روش تصادفی ساده انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره (۱۲نفر گروه آزمایش) (۱۲ نفر گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند. بسته روان درمانی تحلیلی کارکردی کاتنر، سای و کولنبرگ (۲۰۱۰) در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. قبل از اجرای جلسات و پس از آن، از اعضای گروه های آزمایش و کنترل، پیش آزمون و پس آزمون از پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون (۲۰۰۱) گرفته شد. داده ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس آمیخته با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان تحلیلی کارکردی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر معنی داری دارد ($p\leq ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: این نتایج تاکیدی بر سطح عملکرد روان درمانی تحلیلی کارکردی در حیطه های متفاوت، شناختی، رفتاری و هیجانی در درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دارد.

واژگان کلیدی: درمان تحلیلی کارکردی، تنظیم شناختی هیجان، اختلال شخصیت مرزی.

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی (Borderline Personality Disorder) یک اختلال روانی ناهمگن است و بیماران مبتلا به این اختلال در اکثر جنبه های زندگی مشکل دارند (۱). ویژگی اصلی اختلال شخصیت مرزی، بی ثباتی هیجانی است که شامل نوسانات شدید خلقی است (۲). پاسخدهی مکرر و شدید به محرک های هیجانی، از ویژگی این الگوی رفتاری است و این آسیب پذیری هیجانی باعث می شود تا بیمار، به لحاظ هیجانی، برانگیخته باشد (۳) و نتیجه ی این برانگیختگی بالا، بی ثباتی رفتاری و کنترل ضعیف بر هیجان و ارتباط ضعیف بین فردی است (۴). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، در شناسایی، تمیز و یکپارچه کردن هیجانات خود و دیگران، مشکل دارند (۵). نقص روابط و بی ثباتی در آن، اساسی ترین خصیصه مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی است که به مشکلات بین فردی و بی ثباتی هیجانی منجر می شود (۶). از طرفی در این اختلال علایم شناختی و هیجانی دچار آسیب شده و اصطلاحا تنظیم شناختی هیجان (Cognitive regulation of emotion) بهم می ریزد (۷). تنظیم شناختی هیجان به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی (۸) و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی روانی و فیزیکی در به انجام رساندن اهدافِ فرد، تعریف می شود (۹) و مکانیسمی است، که افراد به واسطه آن (آگاهانه یا غیرآگاهانه) هیجانات شان را برای رسیدن به پیامد موردنظر تغییر می دهند (۱۰). یکی از رفتارهای که هم می تواند منجر به سازگاری و ناسازگاری در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی گردد، خشم است (۱۱). راهبردهای تنظیم هیجان شناختی را می توان به دو دسته راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه با شرایط تقسیم کرد (۱۲) و یافته های عصب شناختی رشدی نیز تأیید می کنند که تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه با شناخت به صورت مستقیم به هم مرتبطند (۱۳) و برای تحلیل اطلاعات و اجرای فعالیت ها، همکاری می کنند (۱۴).

در خصوص درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اخیراً بحث زیادی در مورد مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و زمینه محور (Mindfulness based and contextually focused therapeutic interventions) شده است؛ مخصوصاً برای افرادی که سخت به درمان پاسخ می دهند (۱۵). روان درمانی تحلیلی کارکردی (Functional analytic psychotherapy) یکی از این درمان ها است، که روی پذیرش باورها در مقابل چالش با آنها، ذهن آگاهی، و توصیف افکار و احساسات بدون معنا دادن به آن ها تمرکز دارند (۱۶). از طرفی روان درمانی تحلیلی کارکردی شامل مشاهده رفتار های بالینی متناسب، برانگیختن آن رفتارها، تقویت آنها، مشاهده اثرات رفتار درمانگر بر آن رفتارها و ارایه تفاسیر مربوط به متغیرهای موثر بر رفتار مراجع، می باشد (۱۸ و ۱۷). روان درمانی تحلیلی کارکردی، درمانگر را به شناسایی سه طبقه رفتار بالینی که در جلسه درمان رخ می دهد، تشویق می کند. نخست مشکلات رفتاری که در حین جلسه رخ می دهد و دوم بهبود در رفتار یا پیشرفت در جلسه و در آخر توصیف مراجع درباره متغیرهای کنترل کننده کارکردی رفتارها می باشد (۱۹).

در همین راستا عینی و همکاران نشان دادند که درمان شناختی-تحلیلی بر بهبود روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثر معنی داری دارد (۲۰). نوری زاده گلنکش و همکاران نشان دادند که روان درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد باعث کاهش استفاده از راهبردهای هیجانی و افزایش استفاده از راهبردهای مثبت هیجان در افراد گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، در مرحله پس آزمون شد (۲۱). Reyes-Ortega و همکاران به این نتیجه رسیدند که مداخله روان درمانی تحلیلی کارکردی در بهبود راهبردهای مقابله ای هیجان، کاهش خشم و رشد راهبردهای مقابله ای مساله مدار در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثر معنی داری دارد (۱۶). روان درمانی تحلیلی کارکردی بر تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله ای و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثر معنی داری دارد (۲۲). Kanter و همکاران به این نتیجه رسیدند که روان درمانی تحلیلی کارکردی بر بهبود تنظیم هیجان و رشد راهبردهای مقابله ای اثر معنی داری دارد (۲۳). به طور کلی پی بردن به مولفه ها و عوامل تاثیر گذار در اختلالات شخصیت مرزی و اتخاذ رویکردی پیشگیرانه به کاهش آسیب و بیماری های روانی کمک می کند (۲۴). همچنین فهم عوامل تاثیر گذار بر اختلالات شخصیت تا حدی به مشخص کردن جهت گیری درمانی و تسهیل پیشبرد درمان می انجامد و از این راه می توان فنون درمانی مناسب را به کار گرفت. همچنین با توجه به میزان آسیب های زیادی که اختلال شخصیت مرزی بر حیطه های متفاوت زندگی افراد مبتلا می گذارد و گاها سبب بستری و مراقبت های ویژه درمانی مانند دارو درمانی و روان درمانی متمرکز در بیمارستان می شوند، توجه به روش های نوین درمانی را الزامی می نماید. هدف از مطالعه حاضر، بررسی درمان تحلیلی کارکردی بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می باشد.

روش کار

روش پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل و با یک مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمام ۴۳ زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بستری در مرکز نگهداری بیماران اعصاب و روان مهرآفرین شهر کرج در سال ۱۳۹۹ بود. حجم نمونه با توجه به محاسبه فرمول حجم نمونه و مقادیر بدست آمده از پژوهش های پیشین (۲۰) برآورد شد که در این پژوهش حجم نمونه برای دو گروه با بیش برآورد ۲۴ نفر در نظر گرفته شد که برای انتخاب نمونه ابتدا در بین افراد جامعه پرسشنامه مقیاس شخصیت مرزی راولینگز و همکاران (۲۰۰۱)، اجرا شد و تعداد ۳۳ نفر از بیمارانی که دارای اختلال شخصیت مرزی در سطح متوسط بودند پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه با روش

تصادفی ساده انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره (۱۲نفر گروه آزمایش) (۱۲ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند.

معیارهای ورود: بیماران روانی که تشخیص بیماری روانپزشکی به تایید روانپزشک بیمارستان رسیده باشد، بازه سنی آنان ۲۰ و ۳۵ ساله و جنسیت زن داشتند. متاهل و غیرشاغل بودند. حداقل ۲ تا ۶ ماه از تاریخ تشخیص اختلال گذشته باشد. شدت اختلال در افراد در سطح متوسط به تشخیص روان پزشک مرکز بر اساس ملاک های تشخیصی DSM-V بود. جهت شرکت در مطالعه سرپرست افراد رضایت داشته و بیماران حداقل سواد خواندن و نوشتن داشته باشند.

معیارهای خروج: عبارت بودند از ناقص تکمیل شدن پرسشنامه ها، تردید در مورد دارا بودن هر یک از معیار های ورود در خلال مداخله، عدم رضایت فرد در هر یک از مراحل مداخله، مصرف داروهای آرام‌بخش و یا خواب‌آور، بروز اختلالات روان‌شناختی هم زمان مانند صرع، تمایل به خروج از مطالعه و خروج به تشخیص پزشک و یا روان شناس مرکز.

برای اجرای روان درمانی تحلیلی کارکردی در پژوهش حاضر از راهنمای درمانی ارائه شده در کتاب راهنمای روان درمانی تحلیلی کارکردی (۲۵) در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش استفاده شد و برای گروه کنترل مداخله صورت نگرفت.

در حیطه میدانی پس از دریافت مجوزها با مراجعه به مرکز اختلالات یادگیری در ساری، جلسات درمانی توسط دکتری روانشناس بالینی بر روی افراد در دو گروه آزمایش با توالی هفته ای دو جلسه در تابستان ۱۳۹۹ انجام شد. قبل از شروع جلسات ملاحظات اخلاقی از جمله اهداف پژوهش، رازداری و حفظ حریم افراد توضیح داده شد و همچنین رضایت نامه آگاهانه به منزله تعهد شرکت در پژوهش از افراد دریافت گردید. سپس پیش آزمون از گروه آزمایش و گروه کنترل کسب شد و در پایان جلسات از هر سه گروه پس آزمون گرفته شد. مطابق جدول ۱، پروتکل روان درمانی تحلیلی کارکردی (۲۵) در ۱۰ جلسه ی ۴۵ دقیقه ای اجرا شد.

پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی Garnefski و همکاران

این پرسشنامه توسط Garnefski و همکاران (۲۶) با ۳۶ سوال طراحی و از ۹ خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش۱، ۱۰، ۱۹، ۲۸، پذیرش۲، ۱۱، ۲۰، ۲۹، نشخوارگری۳، ۱۲، ۲۱، ۳۰، تمرکز مجدد مثبت۴، ۱۳، ۲۲، ۳۱، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی۵، ۱۴، ۲۳، ۳۲، ارزیابی مجدد مثبت۶، ۱۵، ۲۴، ۳۳، دیدگاه پذیری۷، ۱۶، ۲۵، ۳۴، فاجعه سازی۸، ۱۷، ۲۶، ۳۵ و ملامت دیگران۹، ۱۸، ۲۷، ۳۶ را ارزیابی می کند. دامنه نمرات مقیاس به صوت لیکرت از ۱ (تقریبا هرگز) تا ۵ (تقریبا همیشه) می باشد. هر خرده مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره کل هر یک از خرده مقیاسها از طریق جمع کردن نمره ماده ها به دست می آید. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس زا و منفی می باشد. روایی سازه و محتوا توسط سازندگان تایید شد و ضریب آلفا برای خرده مقیاس های این پرسشنامه به وسیله سازندگان در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شد. در نسخه فارسی به وسیله ی سامانی و صادقی (۲۷) روایی سازه و محتوا تایید شد و پایایی به روش الفای کرونباخ بین ۰/۷۶ و ۰/۸۱، بدست آمد. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۰ بدست آمد.

پرسشنامه شخصیتی مرزی Rawlings و همکاران

این پرسشنامه توسط Rawlings و همکاران (۲۸) با ۲۲ سوال مورد طراحی قرار گرفته است. طیف پاسخگویی آن بدین صورت است که به هر گزینه بلی یک نمره و به هر گزینه خیر صفر نمره تعلق می گیرد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد را با هم جمع می کنند. نمره کلی بین ۰ تا ۲۲ است. در نمره بین ۰ تا ۷ احتمال اینکه فرد شخصیت مرزی باشد کم است و در نمره بین ۷ تا ۱۵ احتمال اینکه فرد شخصیت مرزی باشد متوسط است. در نمره بین ۱۵ تا ۲۲ احتمال اینکه فرد شخصیت مرزی باشد زیاد است. روایی سازه و محتوا تایید شد و پایایی به روش کودر ریچاردسون ۰/۸۱ گزارش گردید. در ایران توسط محمدزاده و همکاران (۲۹) روایی سازه و محتوا تایید شد و پایایی به روش کودر ریچاردسون ۰/۶۴ گزارش گردید.

پس از جمع آوری داده ها برای تحلیل از آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و در آمار استنباطی از روش آماری تحلیل کوواریانس آمیخته (مختلط) با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

یافته‌ها

در خصوص ویژگی های جمعیت شناختی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، بیشتر آزمودنی های گروه آزمایش معادل ۵ نفر (۴۱/۷ درصد) ۲۰ تا ۲۵ ساله بودند. این در حالی است که بیشتر آزمودنی های گروه کنترل معادل ۵ نفر (۴۱/۷ درصد) بین ۲۶ تا ۳۰ ساله بودند. آزمون t مستقل نشان داد که گروه های آزمون و کنترل از نظر سن تفاوت معنی‌داری نداشتند (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس های تنظیم شناختی هیجان در دو گروه بدست آمده، میانگین نمرات پیش‌آزمون تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش و کنترل تقریبا با هم برابر بوده اما، در پس‌آزمون تنظیم شناختی هیجان میانگین نمرات گروه آزمایش متفاوت از میانگین نمرات گروه کنترل بود (جدول ۳).

در ابتدا پیش فرض های آماری نرمال داده ها با آزمون شاپیرو ویلکز و آزمون کرویت ماچلی و لوین تایید شد، سپس آزمون اصلی انجام گردید، که در مجموع بین خرده مقیاس های تنظیم شناختی هیجان به جز خرده مقیاس ارزیابی مجدد از میان تنظیم هیجان سازگارانه در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود داشت و با توجه به مقادیر بدست آمده از اندازه اثر، به طور کلی نشان از اثر درمان تحلیلی کارکردی بر تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی داشت (جدول ۴).

تفاوت بین نمرات بهبود تنظیم شناختی هیجان در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود داشت. تفاوت بین پس‌آزمون با پیگیری معنی دار نبود که ناشی از ثبات درمان بود.

مقایسه میانگین‌ها نشان می دهد که نمرات بهبود تنظیم شناختی هیجان در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی دار کاهش یافته بود (جدول ۵).

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش بازتوانی شناختی

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول	معارفه و ارایه اهداف	آشنایی و بیان اهداف و روش انجام کار
جلسه دوم	ارزیابی درمانی	صورت بندی درمان، ارزیابی کار کردی فردنگر، ارائه منطق درمان، سنجش کارکردی از مشکلات ارتباطی
جلسه سوم	بررسی سطوح شناختی رفتاری	شناخت و مدیریت هیجانی، یادگیری پاسخدهی مناسب به احساسات، تمرینات ذهن آگاهی
جلسه چهارم	آموزش های تکنیک های موثر	آشناسایی با رفتار های آماج بالینی (راب ها)، همدلی با مراجع و استفاده از ضمیر "ما" و توضیح کوشش دوجانبه، اجازه دادن به مراجع و صحبت کردن درباره مشکلات و زندگی روزانه اش
جلسه پنجم	بررسی رفتار آماج	پایش رفتار های آماج بالینی و خود افشاسازی
جلسه ششم	تعدیل رفتاری و شناختی	فراخوانی رفتار های آماج بالینی (این اهداف تا آخر درمان دنبال می شود)
جلسه هفتم	ارایه تقویت ها و تکنیک ها	تقویت رفتارهای آماج بالینی نوع دو (تکرار تا آخر درمان)، برانگیخته کردن رفتارهای مهم بالینی مراجع در جلسه درمان و ارائه تقویت طبیعی بر اساس تاریخچه تقویتی و ارزش های مراجع
جلسه هشتم	تکرار تمرین ها	بررسی اجتناب های مراجعین، آموزش مواجهه سازی با بی ثباتی
جلسه نهم	آموزش تعمیم دهی	آموزش تعمیم یادگیری ها به زندگی روزمره، آموزش به افراد برای تقویت رفتار های آماج بالینی نوع دو همدیگر
جلسه دهم	جمع بندی	بستن درمان، مرور تمرین ها، ارزیابی نهایی، برنامه ریزی برای اهداف بلند مدت

جدول ۲: فراوانی و درصد فراوانی سن در گروه آزمایش و کنترل

ویژگی		گروه آزمایش (n=۱۲)	گروه کنترل (n=۱۲)	P
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
سن (سال)	۲۰ تا ۲۵ ساله	۵ (۴۱/۷)	۳ (۲۵)	۰/۰۹۶
	۲۶ تا ۳۰ ساله	۴ (۳۳/۳)	۵ (۴۱/۷)	۰/۱۳۷
	۳۱ تا ۳۵ ساله	۳ (۲۵)	۴ (۳۳/۳)	۰/۱۴۹

نوع آزمون: t مستقل $p \leq 0/05$ اختلاف معنی‌دار

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

		گروه آزمایش	گروه کنترل
متغیر	زمان	میانگین (اانحراف معیار)	میانگین (اانحراف معیار)
سرزنش خود	پیش آزمون	۱۱/۳۱ (۱/۷۵)	۱۱/۴۲ (۲/۱۱)
	پس آزمون	۸/۴۹ (۱/۵۶)	۱۱/۳۱ (۲/۱۱)
	پیگیری	۸/۰۹ (۱/۱۷)	۱۱/۰۹ (۱/۱۳)
سرزنش دیگران	پیش آزمون	۱۲/۵۸ (۱/۶۲)	۱۲/۲۵ (۱/۶)
	پس آزمون	۹/۴۲ (۱/۳۵)	۱۲/۱۷ (۱/۷۴)
	پیگیری	۹/۱۷ (۱/۳۱)	۱۲/۱۲ (۱/۵۵)
پذیرش	پیش آزمون	۱۲/۵۲ (۱/۵۷)	۱۲/۵۸ (۱/۸۸)
	پس آزمون	۹/۷۸ (۱/۱۶)	۱۲/۴۲ (۱/۳۱)
	پیگیری	۹/۳۱ (۱/۶۲)	۱۲/۳۱ (۱/۰۸)
فاجعه آمیزی	پیش آزمون	۱۳/۳۵ (۱/۷۶)	۱۳/۳۰ (۱/۲۹)
	پس آزمون	۹/۷۵ (۱/۲۱)	۱۳/۲۵ (۲/۱۸)
	پیگیری	۹/۴۲ (۱/۳۸)	۱۳/۰۹ (۲/۱۳)
نشخوار فکری	پیش آزمون	۱۴/۲۵ (۲)	۱۴/۸۵ (۱/۵۶)
	پس آزمون	۱۰/۶۷ (۱/۳۷)	۱۳/۵۴ (۱/۳۸)
	پیگیری	۱۰/۱۲ (۱/۳)	۱۳/۲۱ (۱/۸۱)
دیدگاه پذیری	پیش آزمون	۱۲/۹۲ (۱/۸۳)	۱۲/۶۲ (۱/۴۳)
	پس آزمون	۱۰/۷۵ (۱/۷۱)	۱۲/۵۴ (۱/۳۷)
	پیگیری	۱۰/۲۲ (۰/۸۸۷)	۱۲/۳۱ (۱/۱۷)
تمرکز مثبت	پیش آزمون	۸/۰۸ (۱/۴۴)	۸/۲۵ (۱/۱۷)
	پس آزمون	۱۰/۲۱ (۱/۷۱)	۸/۳۱ (۹/۸۳)
	پیگیری	۱۰/۶۷ (۱/۶۷)	۸/۵۲ (۱/۰۹)
ارزیابی	پیش آزمون	۸/۱۸ (۱/۵۶)	۸/۹۳ (۱/۴۷)
	پس آزمون	۸/۲۵ (۱/۴۸)	۹ (۱/۸)
	پیگیری	۸/۳۹ (۱/۶)	۹/۰۷ (۱/۰۳)
برنامه ریزی	پیش آزمون	۹/۴۲ (۱/۶۸)	۱۰/۰۸ (۱/۳۸)
	پس آزمون	۱۱/۲۲ (۱/۴۴)	۱۰/۱۷ (۱/۶۹)
	پیگیری	۱۱/۶۹ (۱/۴۲)	۱۰/۲۵ (۱/۶)

جدول۴: نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته (مختلط) برای تعیین اثربخشی درمان تحلیلی کارکردی بر تنظیم شناختی هیجان

متغیر	منابع تغییر	F	درجه آزادی ۱و۲	سطح معنی داری	اندازه اثر

سرزنش خود	گروه	۱۶/۹۳۹	۱ و ۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵
	زمان	۸/۹۶۲	۲و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸۹
	تعامل گروه* زمان	۲۹/۷۷۴	۲ و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸۶
سرزنش دیگران	گروه	۲۱/۱۹۴	۱و ۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹۱
	زمان	۴/۷۳۷	۲ و ۴۴	۰/۰۱۴	۰/۳۷۷
	تعامل گروه* زمان	۴۴/۳۱۲	۲ و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲۰
پذیرش	گروه	۳۳/۲۰۵	۱و ۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵۴
	زمان	۲۸/۰۳۴	۲و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۳
	تعامل گروه* زمان	۴۹/۰۷۳	۲و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲۱
فاجعه آمیزی	گروه	۲۶/۵۶۸	۱و ۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۷
	زمان	۳۰/۵۴۴	۲و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸۱
	تعامل گروه* زمان	۵۶/۶۷	۲و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵
نشخوار فکری	گروه	۱۵/۸۶۶	۱و ۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱۹
	زمان	۲۵/۳۱۳	۲و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳۵
	تعامل گروه* زمان	۴۱/۲۰۵	۲و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۵۲
دیدگاه پذیری	گروه	۱۹/۴۲۱	۱ و ۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۹
	زمان	۱۵/۵۰۵	۲و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱۳
	تعامل گروه* زمان	۱۲/۲۶۲	۲ و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱
تمرکز مثبت مجدد	گروه	۱۵/۰۷۷	۱و ۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰۷
	زمان	۲۳/۴۹۴	۲و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱۶
	تعامل گروه* زمان	۴۲/۹۷۸	۲و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸۸
ارزیابی مجدد	گروه	۲/۷۷۲	۱ و ۲۲	۰/۱۱	۰/۱۱۲
	زمان	۰/۰۵۶	۲ و ۴۴	۰/۹۷۴	۰/۰۰۱
	تعامل گروه* زمان	۰/۳۴۴	۲و ۴۴	۰/۷۱۱	۰/۰۱۵
برنامه ریزی	گروه	۷/۰۰۶	۱و ۲۲	۰/۰۱۵	۰/۳۴۲
	زمان	۲۳/۸۵۲	۲و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶
	تعامل گروه* زمان	۳۱/۶۴۱	۲و ۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴۶

جدول۵: خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت تعیین تفاوت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش

پیش آزمون	مراحل	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	Significant
سرزنش خود	پس آزمون	۱/۵۹۶	۰/۲۳۳	۰/۰۰۰
	پیگیری	۱/۹۶۸	۰/۱۸۵	۰/۰۰۰
پس آزمون	پیگیری	۰/۱۹۶	۰/۰۵۶	۰/۲۱۷
سرزنش دیگران	پس آزمون	۱/۳۶۶	۰/۳۱۱	۰/۰۰۰
	پیگیری	۲/۰۵۲	۰/۴۵۲	۰/۰۰۰
پس آزمون	پیگیری	۰/۱۵۷	۰/۰۶۹	۰/۳۰۹
پذیرش	پس آزمون	۱/۴۵۲	۰/۲۱۷	۰/۰۰۰
	پیگیری	۱/۶۹۳	۰/۲۴۵	۰/۰۰۰
پس آزمون	پیگیری	۰/۳۴۲	۰/۱۸۵	۰/۴۲۳
فاجعه آمیزی	پس آزمون	۱/۹۶۶	۰/۲۸۵	۰/۰۰۰
	پیگیری	۲/۰۵۲	۰/۳۶۹	۰/۰۰۰
پس آزمون	پیگیری	۰/۲۹۶	۰/۲۴۴	۰/۶۹۳
نشخوار فکری	پس آزمون	۱/۴۵۲	۰/۱۵۲	۰/۰۰۰
	پیگیری	۱/۶۳۹	۰/۳۹۶	۰/۰۰۰
پس آزمون	پیگیری	۰/۴۸۸	۰/۳۸۸	۰/۵۴۰
دیدگاه پذیری	پس آزمون	۰/۹۸۵	۰/۱۲۱	۰/۰۰۰
	پیگیری	۱/۰۴۲	۰/۲۵۳	۰/۰۰۰
پس آزمون	پیگیری	۰/۲۰۸	۰/۱۸۵	۰/۴۵۲
تمرکز مجدد مثبت	پس آزمون	۱/۲۸۸	۰/۱۸۷	۰/۰۰۰
	پیگیری	۱/۳۹۶	۰/۱۳۶	۰/۰۰۰
پس آزمون	پیگیری	۰/۴۲۲	۰/۳۱۸	۰/۲۸۵
برنامه ریزی	پس آزمون	۱/۲۲۱	۰/۱۰۳	۰/۰۰۰
	پیگیری	۱/۵۲۸	۰/۲۴۲	۰/۰۰۰
پس آزمون	پیگیری	۰/۱۵۲	۰/۰۶۳	۰/۳۴۶

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش اثربخشی درمان تحلیلی کارکردی بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. یافته ها نشان داد که درمان تحلیلی کارکردی بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد. این یافته ها همسو با نتایج مطالعات پیشین است. Reyes-Ortega و همکاران به این نتیجه رسیدند که مداخله روان درمانی تحلیلی کارکردی در بهبود راهبردهای مقابله ای هیجان، کاهش خشم و رشد راهبردهای مقابله ای مساله مدار در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر معنی داری دارد (۱۶). عینی و همکاران نشان دادند که درمان شناختی- تحلیلی بر بهبود روابط موضوعی و مکانیسم‌های دفاعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثر معنی داری دارد (۲۰). Kanter و همکاران به این نتیجه رسیدند که روان درمانی تحلیلی کارکردی بر بهبود تنظیم هیجان و رشد راهبردهای مقابله ای موثر است (۱۸). نوری زاده گلنکش و همکاران نشان دادند که روان درمانی مبتنی بر تحلیل کارکردی باعث کاهش استفاده از راهبردهای هیجانی و افزایش استفاده از راهبردهای مثبت هیجان می گردد (۲۱). Ortega و همکاران دریافتند که درمان گروهی روان درمانی تحلیلی کارکردی بر تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله ای و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثر معنی داری دارد (۲۲). در تبیین این یافته ها می توان بیان نمود که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به دلیل دلبستگی آشفته در دوران کودکی نوعی بی اعتمادی معرفتی ایجاد شده است که مانع از تعاملات اجتماعی سازنده می شود (۳). درمان تحلیلی کارکردی بر تحلیل کارکردی متمرکز است و رفتارهای مناسب بالینی را تقویت می کنند و به بیمار کمک می نماید تا بر روی روابط بین فردی تمرکز داشته باشد (۱۵). هنگامی که فرد توانست افکار را فقط به عنوان یک فکر و احساسات را فقط به عنوان احساسات ببیند و آن ها را ارزش گذاری یا قضاوت نکند، تا حدودی بر شناخت و رفتار خود متمرکز می شود (۱۸). درمان تحلیل کارکردی، رفتارهای مناسب بالینی را تقویت می کند و به بیمار کمک می کند تا بر روی روابط بین فردی که عاملی جدی در نوع تفکر و نیز چرخه افکار ناکارآمد این بیماران می باشد، تمرکز و تأکید شود(۲۴). روان درمانی تحلیلی کارکردی، بر اساس اصول رفتاری، ادعا می کند که "شباهت کارکردی" که بین یک موقعیت و موقعیت دیگر وجود دارد، به جای شباهت های ظاهری یا فیزیکی، باید مورد توجه قرار گیرد (۲۲). برخلاف آسیب شناسی روانی مبتنی بر مقوله های تشخیصی، هدف درمان رفتاری حذف رفتار نامناسب یا نشانه های آن نیست بلکه، متغیرهای تداوم بخش را هدف قرار می دهد، در این صورت درمان بر استفاده از رابطه درمانی برای تقویت مهارت های بین فردی و به جای استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و اجتنابی بر استفاده از روش مساله مدار تأکید می کند (۱۶)، بنابراین، جهت گیری درمان تحلیلی کارکردی به سمت متغیرهای مربوط به تغییر در درون فرآیند روان درمانی است (۵). روان درمانی تحلیلی کارکردی رابطه درمانگر و مراجع را بسیار مهم می داند به طوری که در طول جلسه، درمانگر نقش افراد زندگی مراجع را دارد و با تشخیص رفتارهای مهم بالینی مراجع و برانگیختن آنها در جلسه، چگونگی انجام بهتر آن را به وسیله ارائه تقویت طبیعی به مراجع نشان می دهد (۱۴). این موضوع باعث افزایش مهارت های ارتباطی مراجعان می شود و نهایتا می توانند با این مهارت ها در شرایط پرفشار روانی اجتماعی، راهبرد بهتری اتخاذ کنند و روابط تقویت یافته شان را تعمیم دهند (۱۷). روان درمانی تحلیلی کارکردی با استفاده از قواعد شناختی رفتاری، واکنش های منفی ای که در روابط مراجعان وجود دارد را به آنها نشان می دهد و کمک می کند تا رفتارهای اجتنابی و رفتارهای متعارض خود را رها کنند.

از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن مطالعه تنها به تمامی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به کلینیک روان شناختی آسال در سال ۱۳۹۹، محدود بودن به بازه سنی ۲۰ تا ۳۵ ساله، محدود به شهر کرج، به جنسیت زن، متاهل و غیر شاغل بودن، محدود به استفاده از ابزار پرسشنامه جهت سنجش و محدود بودن حجم نمونه اشاره نمود.

نتیجه گیری

یافته ها نشان داد که درمان تحلیلی کارکردی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان اجتنابی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تاثیر دارد. درمان تحلیلی کارکردی یک روش موثر است که با آموزش مستقیم و با ارتقا وضعیت شناختی به کاهش راهبردهای مقابله ای اجتنابی و بهبود روابط افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کمک می نماید. یافته‌های این پژوهش می‌تواند تلویحات کاربردی در زمینه بهبود تنظیم شناختی هیجان اجتنابی را در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با استفاده از روش درمان تحلیلی کارکردی ارایه دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از بخشی از رساله دکتری خانم ماندانا سیروس در رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1399.114 می باشد. از مدیریت مرکز درمان اختلالات روانشناختی آسال و افراد شرکت کننده در پژوهش تشکر می گردد.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می دارند در این مقاله هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

منابع

1. King D, Ritchie SM, Sandhu M, Henderson S, Boland B. Temporality of emotion: Antecedent and successive variants of frustration when learning chemistry. Science Education. 2017;101(4):639-72.

2. Chanen AM, Nicol K, Betts JK, Thompson KN. Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. Curr Psychiatry Rep. 2020;22(5):25.

3. Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JEM, Sobczak S, van Alphen SPJ. A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. Curr Psychiatry Rep. 2019;21(7):51.

4. Cavelti M, Thompson K, Betts J, Fowler C, Luebbers S, Cotton SM, Chanen AM. Borderline Personality Disorder Diagnosis and Symptoms in Outpatient Youth as Risk Factors for Criminal Offenses and Interpersonal Violence. J Pers Disord. 2021;35(Supple C):23-37.

5. Sharp C, Pane H, Ha C, Venta A, Patel AB, Sturek J, Fonagy P. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011;50(6):563-573.e1.

6. Stoffers-Winterling J, Storebø OJ, Lieb K. Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: an Update of Published, Unpublished and Ongoing Studies. Curr Psychiatry Rep. 2020;22(8):37.

7. Daros AR, Guevara MA, Uliaszek AA, McMain SF, Ruocco AC. Cognitive Emotion Regulation Strategies in Borderline Personality Disorder: Diagnostic Comparisons and Associations with Potentially Harmful Behaviors. Psychopathology. 2018;51(2):83-95.

8. Molavi P, Aziziaram S, Basharpoor S, Atadokht A, Nitsche MA, Salehinejad MA. Repeated transcranial direct current stimulation of dorsolateral-prefrontal cortex improves executive functions, cognitive reappraisal emotion regulation, and control over emotional processing in borderline personality disorder: A randomized, sham-controlled, parallel-group study. J Affect Disord. 2020;274:93-102.

9. Herpertz SC, Schneider I, Schmahl C, Bertsch K. Neurobiological Mechanisms Mediating Emotion Dysregulation as Targets of Change in Borderline Personality Disorder. Psychopathology. 2018;51(2):96-104.

10. Gratz KL, Richmond JR, Edmonds KA, Rose JP, Tull MT. Integrating social comparison into the understanding of emotion regulation in borderline personality. Journal of Social and Clinical Psychology. 2020;39(8):727-60.

11. Euler S, Nolte T, Constantinou M, Griem J, Montague PR, Fonagy P; Personality and Mood Disorders Research Network. Interpersonal Problems in Borderline Personality Disorder: Associations With Mentalizing, Emotion Regulation, and Impulsiveness. J Pers Disord. 2021;35(2):177-193.

12. Houben M, Claes L, Vansteelandt K, Berens A, Sleuwaegen E, Kuppens P. The emotion regulation function of nonsuicidal self-injury: A momentary assessment study in inpatients with borderline personality disorder features. J Abnorm Psychol. 2017;126(1):89-95.

13. Chapman AL. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. Dev Psychopathol. 2019;31(3):1143-1156.

14. Southward MW, Cheavens JS. Quality or quantity? A multistudy analysis of emotion regulation skills deficits associated with borderline personality disorder. Personal Disord. 2020;11(1):24-35.

15. Krause-Utz A, Erol E, Brousianou AV, Cackowski S, Paret C, Ende G, Elzinga B. Self-reported impulsivity in women with borderline personality disorder: the role of childhood maltreatment severity and emotion regulation difficulties. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2019;6:6.

16. Reyes-Ortega MA, Miranda EM, Fresán A, Vargas AN, Barragán SC, Robles García R, Arango I. Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. Psychol Psychother. 2020;93(3):474-489.

17. Brem MJ, Coop Gordon K, Stuart GL. Integrating acceptance and commitment therapy with functional analytic psychotherapy: A case study of an adult male with mixed depression and anxiety. Clinical Case Studies. 2020;19(1):34-50.

18. Kanter JW, Kuczynski AM, Tsai M, Kohlenberg RJ. A brief contextual behavioral intervention to improve relationships: A randomized trial. Journal of Contextual Behavioral Science. 2018;10:75-84.

19. Tsai M, Yoo D, Hardebeck EJ, Loudon MP, Kohlenberg RJ. Creating safe, evocative, attuned, and mutually vulnerable therapeutic beginnings: Strategies from functional analytic psychotherapy. Psychotherapy (Chic). 2019;56(1):55-61.

20. Einy S, Narimani M, Atadokht A, Basharpoor S, Sadeghi Mf. Effectiveness of mentalization based therapy and cognitive-analytical therapy on improved object relationship of people with borderline personality disorder: a comparison. Payesh (Health Monitor). 2018, 15;17(3):275-87.

21. Nourizadeh Golnkesh M, Mehrabizadeh Honarmand M, Zargar Y. The Effectiveness of Performance Analysis-Based Psychotherapy on Cognitive Emotion Regulation in Students with Permanent Difference, Third National Conference on Educational Sciences and Technology, Social Studies and Psychology, Iran, Tehran. 2018.

22. Ortega MA, Salinas AN, Kanter JW. A Pilot Study on Functional Analytic Psychotherapy Group Treatment for Borderline Personality Disorder. Psycho and psycho res stu. 2018;1(1):1-7.

23. Kanter JW, Manbeck KE, Kuczynski AM, Maitland DWM, Villas-Bôas A, Reyes Ortega MA. A comprehensive review of research on Functional Analytic Psychotherapy. Clin Psychol Rev. 2017;58:141-156.

24. Iliakis EA, Sonley AKI, Ilagan GS, Choi-Kain LW. Treatment of Borderline Personality Disorder: Is Supply Adequate to Meet Public Health Needs? Psychiatr Serv. 2019;70(9):772-781.

25. Tsai M, Kohlenberg RJ, Kanter JW, Waltz J. Therapeutic technique: The five rules. InA Guide to Functional Analytic Psychotherapy 2009 (pp. 1-42). Springer, Boston, MA.

26. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual differences. 2001;30(8):1311-27.

27. Samani, S., Sadeghi, L. Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. , 2010; 1(1): 51-62. (Persian).

28. Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. Principal components analysis of the schizotypal personality scale (STA) and the borderline personality scale (STB). Personality and Individual Differences. 2001;31(3):409-19.

29. Mohammadzadeh A, Taghavi R, Mollazadeh J. The study of factor structure, validity, reliability and standardization of borderline personality scale (STB) in Shiraz University students. Journal of fundamentals of mental health. 2005, 22;7(28):75-89. (Persian).