

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

چکیده

زمینه: اختلال شخصیت مرزی بر بسیاری 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 (۱۲ نفر گروه آزمایش) (۱۲ نفر گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند. بسته روان درمانی تحلیلی کارکردی کاتر، 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، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) گرفته شد. داده ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس آمیخته با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تحلیل 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 ($p \leq 0/001$).

نتیجه گیری: این نتایج تاکید 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.

ماندانا سیروس^۱، بهرام میرزاییان^۲، رمضان حسن زاده^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران

^۳ 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

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 گلکش 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 گاهی 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 پیش آزمون، پس آزمون 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 راولینگر 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

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 هیجانان 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 اصطلاحاً 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 اهداف فرد، تعریف می شود (۹) و مکانیسمی است، که افراد به واسطه آن (آگاهانه یا غیرآگاهانه) هیجانان 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 (۱۷ و ۱۸). 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

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 آلفای 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 معنی داری نداشتند (جدول ۲).

میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس های تنظیم شناختی هیجان در دو گروه بدست آمده، میانگین نمرات پیش آزمون تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش و کنترل تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس آزمون 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 سازگاران 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).

تصادفی ساده انتخاب شدند و به روش تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره (۱۲ نفر 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 آرام بخش و یا خواب آور، بروز اختلالات روان شناختی 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 هفتگی 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 خویش ۱، ۱۰، ۱۹، ۲۸، پذیرش ۲، ۱۱، ۲۰، ۲۹، نشخوارگری ۳، ۱۲، ۲۱، ۳۰، تمرکز مجدد مثبت ۴، ۱۳، ۲۲، ۳۱، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ۵، ۱۴، ۲۳، ۳۲، ارزیابی مجدد مثبت ۶، ۱۵، ۲۴، ۳۳، دیدگاه پذیری ۷، ۱۶، ۲۵، ۳۴، فاجعه سازی ۸، ۱۷، ۲۶، ۳۵ و ملامت دیگران ۹، ۱۸، ۲۷، ۳۶ را ارزیابی می کند. دامنه نمرات مقیاس به صوت لیبرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً 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

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

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

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش بازتوانی شناختی

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول	معارفه و ارائه اهداف	آشنایی و بیان اهداف و روش انجام کار
جلسه دوم	ارزیابی درمانی	صورت بندی درمان، ارزیابی کارکردی 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	آموزش‌های تکنیک‌های موثر	آشناسایی با رفتارهای آماج بالینی (راب‌ها)، 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 رفتارهای آماج بالینی و خود افشاسازی
جلسه ششم	تعدیل رفتاری و شناختی	فراخوانی رفتارهای آماج بالینی (این اهداف تا آخر درمان دنبال می‌شود)
جلسه هفتم	ارائه تقویت‌ها و تکنیک‌ها	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 ارزش‌های مراجع
جلسه هشتم	تکرار تمرین‌ها	بررسی اجتناب‌های مراجعین، آموزش مواجهه‌سازی با بی‌ثباتی
جلسه نهم	آموزش تعمیم‌دهی	آموزش تعمیم یادگیری‌ها به زندگی روزمره، آموزش به افراد برای تقویت رفتارهای آماج بالینی نوع دو هم‌دیگر
جلسه دهم	جمع‌بندی	بستن درمان، مرور تمرین‌ها، ارزیابی نهایی، برنامه ریزی برای اهداف بلند مدت

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

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

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

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	زمان	میانگین (انحراف معیار)	گروه آزمایش	میانگین (انحراف معیار)	گروه کنترل
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)		
دیدگاه‌پذیری	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)		

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته (مختلط) برای تعیین اثربخشی درمان تحلیلی کارکردی بر تنظیم شناختی هیجان

متغیر	منابع تغییر	F	درجه آزادی ۲۰۱	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
-------	-------------	---	----------------	---------------	------------

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

جدول ۵: خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی جهت تعیین تفاوت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش

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

بحث و نتیجه گیری

درمانی تحلیلی کارکردی رابطه درمانگر و مراجع را بسیار مهم می‌داند 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 می‌دهد (۱۴). این موضوع باعث افزایش مهارت‌های ارتباطی مراجعان می‌شود و نهایتاً می‌تواند با این مهارت‌ها در شرایط پرفشار روانی اجتماعی، راهبرد بهتری اتخاذ کنند و روابط تقویت یافته‌شان را تعمیم دهند (۱۷). روان‌درمانی تحلیلی کارکردی با استفاده از قواعد شناختی رفتاری، واکنش‌های منفی‌ای که در روابط مراجعان وجود دارد را به آنها نشان می‌دهد و کمک می‌کند 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 مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناختی 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.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که درمان تحلیلی کارکردی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان اجتنابی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد. درمان تحلیلی کارکردی یک روش موثر است که با آموزش مستقیم و با ارتقا وضعیت شناختی به کاهش راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و بهبود روابط افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کمک می‌نماید. 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 ارائه 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 می‌باشد. از مدیریت مرکز درمان اختلالات روانشناختی آسال و افراد شرکت‌کننده در پژوهش تشکر می‌گردد.

تعارض منافع

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

هدف از انجام این پژوهش اثربخشی درمان تحلیلی کارکردی بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. یافته‌ها نشان داد که درمان تحلیلی کارکردی بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر دارد. این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعات پیشین است. Reyes-Ortega و همکاران به این نتیجه رسیدند که مداخله روان‌درمانی تحلیلی کارکردی در بهبود راهبردهای مقابله‌ای هیجان، کاهش خشم و رشد راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر معنی‌داری 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 معنی‌داری دارد (۲۰). Kanter و همکاران به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر بهبود تنظیم هیجان و رشد راهبردهای مقابله‌ای موثر است (۱۸). نوری زاده گلنکش و همکاران نشان دادند که روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل کارکردی باعث کاهش استفاده از راهبردهای هیجانی و افزایش استفاده از راهبردهای مثبت هیجان می‌گردد (۲۱). Ortega و همکاران دریافتند که درمان گروهی روان‌درمانی تحلیلی کارکردی بر تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله‌ای و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اثر معنی‌داری دارد (۲۲). در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود 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 (۳). درمان تحلیلی کارکردی بر تحلیل کارکردی متمرکز است و رفتارهای مناسب بالینی را تقویت می‌کند و به بیمار کمک می‌نماید 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 آن‌ها را ارزش‌گذاری یا قضاوت نکند، تا حدودی بر شناخت و رفتار خود متمرکز می‌شود (۱۸). درمان تحلیل کارکردی، رفتارهای مناسب بالینی را تقویت می‌کند و به بیمار کمک می‌کند تا بر روی روابط بین فردی که عاملی جدی در نوع تفکر و نیز چرخه افکار ناکارآمد این بیماران می‌باشد، تمرکز و تأکید شود (۲۴). روان‌درمانی تحلیلی کارکردی، بر اساس اصول رفتاری، ادعا می‌کند که "شباهت کارکردی" که بین یک موقعیت و موقعیت دیگر وجود دارد، به جای شباهت‌های ظاهری یا فیزیکی، باید مورد توجه قرار گیرد (۲۲). برخلاف آسیب‌شناسی روانی مبتنی بر مقوله‌های تشخیصی، هدف درمان رفتاری حذف رفتار نامناسب یا نشانه‌های آن نیست بلکه، متغیرهای تداوم بخش را هدف قرار می‌دهد، در این صورت درمان بر استفاده از رابطه درمانی برای تقویت مهارت‌های بین فردی و به جای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی بر استفاده از روش مساله‌مدار تأکید می‌کند (۱۶)، بنابراین، جهت‌گیری درمان تحلیلی کارکردی به سمت متغیرهای مربوط به تغییر در درون‌فرآیند روان‌درمانی است (۵). روان

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, Azizaram S, Basharpour 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, Broussianou 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, Basharpour 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 Golnesh 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. In: *A 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).