



اثربخشی درمان گروهی تنظیم هیجان بر علائم زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

دانشجوی دکتری، واحد شهر کرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر کرد، ایران
گروه روانشناسی، واحد شهر کرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر کرد، ایران
گروه روانشناسی، واحد شهر کرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر کرد، ایران
گروه روانشناسی، واحد شهر کرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر کرد، ایران

امیر میرزایی ^{id}

طیبه شریفی* ^{id}

احمد غضنفری ^{id}

مریم چرامی ^{id}

t.sharifi@iaushk.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۱

دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۲۲

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین تأثیر درمان گروهی تنظیم هیجان بر علائم زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود. **روش پژوهش:** این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه‌های آزمایش و گواه بود؛ جامعه آماری این پژوهش ۵۰ زن دارای اختلال شخصیت مرزی مراجعه‌کننده به کلینیک روانشناسی توحید اصفهان بود که پس از غربالگری با پرسشنامه‌های شخصیت مرزی لیشرنیک (۱۹۹۹) و شخصیت مرزی جکسون و کلاریج (۱۹۹۱)، ۱۸ زن به صورت هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی در ۲ گروه آزمایش (۹ زن) و گواه (۹ زن) کاربندی شدند. گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم هیجان مدل گراس (۲۰۰۳) را دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، که تنظیم هیجان بر روی علائم آشفتگی هیجان ($F=13/00$, $P=0/001$ ، ناامیدی ($F=31/25$ ، $P=0/001$ ، ترس از صمیمیت ($F=52/30$ ، $P=0/001$) و تکانشگری ($F=71/58$ ، $P=0/001$) مؤثر است و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج، استفاده از درمان گروهی تنظیم هیجان جهت بهبود وضعیت زنان دارای اختلال شخصیت مرزی توصیه می‌شود.

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۴ پیاپی ۸ | ۲۸۴-۲۶۸

زمستان ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(میرزایی، شریفی، غضنفری و چرامی، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

میرزایی، امیر، شریفی، طیبه، غضنفری، احمد، چرامی، مریم. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان گروهی تنظیم هیجان بر علائم زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲(۴ پیاپی ۸): ۲۶۸-۲۸۴.

کلیدواژه‌ها: تنظیم هیجان، شخصیت مرزی، آشفتگی هیجانی، تکانشگری

مقدمه

به طور کلی شخصیت شامل خصوصیات است که فرد را قادر به ایجاد ارتباط و سازگاری با دیگران کرده و تحقق احترام به خود را تسهیل می‌نماید (فوساتی، گرانس، مافی و برونی، ۲۰۱۴). در یک تعریف کلی می‌توان گفت شخصیت عبارت است از الگوی نسبتاً پایدار صفات و ویژگی‌ها، گرایش‌هایی که تا حدودی به رفتار افراد دوام می‌بخشد (کاپلان، ۲۰۱۶). در واقع شخصیت به نوعی پوست روانی شخص محسوب می‌شود که فرد تا آخر عمر با آن به سر خواهد برد و در صورت داشتن اختلال همواره با مشکلات شناختی خلقی و ارتباطی و هویتی دچار مشکل هست (هرپرتز، گریترز، استاینمیر، موهلباور، اسشورکینز و ساس، ۲۰۰۷) سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۰) و انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۱۳) تعریف‌های مختلفی از اختلالات شخصیت^۱ ارائه کرده‌اند و در طول این سال‌ها هنوز نتوانسته‌اند به یک تعریف واحد و قابل پذیرش از اختلالات شخصیت دست یابند (نیدتفلد و اشمال، ۲۰۰۹). با توجه به مفاهیمی چون پایداری، انعطاف‌ناپذیری و ثابت بودن در طول زمان، این افراد همواره دچار تعارض با اطرافیان بوده‌اند (پوسنر، راتبارت، ویسوتا، لوی، اوانس، توماس و کلارکین، ۲۰۱۲) اختلال شخصیت مرزی شیوع بالایی داشته به طوری که در اختلالات شخصیت نرخ شیوع این اختلال را در حدود ۱/۶ دهم درصد تخمین زده و گفته شده که می‌تواند تا ۵/۹ دهم درصد نیز افزایش یابد (سلطانی نژاد، فتحی آشتیانی، احمدی، یاحقی، نیک‌مراد و همکاران، ۱۳۹۲) اختلال شخصیت مرزی یک اختلال روانی است که ناهمگن بوده و بیماران مبتلا به این اختلال در بیشتر جنبه‌های زندگی‌شان دچار مشکل شده به طوری که تخریب‌های گسترده‌ای در تمام گستره زندگی فرد از جمله، روابط زناشویی، شغلی و هویتی ایجاد می‌کند (چانن، ۲۰۱۵). ویژگی اختلال شخصیت مرزی بی‌ثباتی در هیجان است که شامل خلق دیسفورمیک و نواسانات شدید خلقی می‌شود (بورخولم، ۲۰۱۹). در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی یک الگوی رفتاری خاص وجود دارد که پاسخ‌دهی مکرر و تکانشی به محرک‌های هیجانی از ویژگی‌های این الگوی رفتاری است و همچنین آسیب‌پذیری هیجانی باعث می‌شود تا بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در اغلب اوقات به لحاظ هیجانی برانگیخته گردد و نتیجه این برانگیختگی بالا بی‌ثباتی در رفتار و کنترل ضعیف در هیجان و برانگیختگی فیزیولوژیکی و تظاهرات چهره‌ای و زبان بدن و ارتباط میان فردی است (محمدی، بیرشک و قرایی، ۱۳۹۲) از خصوصیات دیگر این بیماران تکانشی عمل کردن بوده که ولخرجی‌های زیاد، تکانشگری، روابط جنسی ناایمن، پرخوری سوء مصرف مواد و دارو از این گونه رفتارها می‌باشند (گارفنلسکی و کرجی، ۲۰۰۶). در گذشته بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی را تقریباً درمان‌ناپذیر می‌دانستند، اما امروزه برای درمان این اختلال تلاش‌های مضاعفی انجام شده است و درمان‌های انتخابی برای این اختلال توسط متخصصان معرفی شده است (کاکیا، ۲۰۱۰). درمان‌هایی که در گذشته مورد توجه درمانگران بودند؛ عبارتند از: درمان‌های پویایی، درمان بین فردی، درمان شناختی و رفتاری، تعدیل رفتار، درمان مسئله مدار و درمان دیالکتیکی (کیم، ۲۰۰۸).

تنظیم هیجان نیز با بررسی هیجان‌ات مختلف در افراد بیمار می‌تواند در راستای بهبودی افراد مثر ثمر باشد. در واقع تنظیم هیجان مجموعه متنوعی از فرایندهای کنترلی است که با هدف مدیریت کردن این‌ها در چه زمانی و مکانی و چگونه و به چه صورت هیجان‌های ما تجربه یا ابراز می‌شوند. چنین فرایندهایی به افراد اجازه می‌دهند که از اکثر وقایع مثبت زندگی‌شان لذت ببرند و از وقایع منفی دوری کنند و شدت آن‌ها را افزایش یا کاهش داده و یا حتی بیان چهره‌ای هیجان‌راه، با توجه به عرف جامعه بسازند (بیوریگارد، لوسکو و بورگوین، ۲۰۱۱). در متون معتبر روان‌شناسی، این مفهوم اغلب به منظور توصیف فرایند کنترل و تعدیل عاطفه‌ی منفی به کار گرفته شده است (استگال، ۲۰۱۴). می‌توان این‌گونه استنباط کرد که مفهوم کلی تنظیم هیجان به‌عنوان فرایندهای بیرونی و درونی دخیل در بازبینی، ارزشیابی و تعدیل ظهور، شدت و طول مدت واکنش‌های هیجانی، مخصوصاً شدت و ویژگی‌های زمانی و به پایان رساندن اهداف است (اسلوان و کرینگ، ۲۰۱۷) به زبان ساده‌تر اینکه «چه هیجانی را کجا و چه وقت داشته باشیم و آن‌ها را چگونه تجربه و بیان کنیم» (گراس، شپس و یوری، ۲۰۱۱). در مدل فرایند تنظیم هیجانی، تنظیم هیجان و یکپارچه سازی آن به نوعی تضادهای موجود در درون فرد یا میان فرد و محیط را تعدیل کرده و از این طریق کمک می‌کند تا فرد بتواند خود را از افکار خویش جدا کند (ماوس، ۲۰۱۶). میزان آشفته‌گی فرد رابطه تنگاتنگی با تمرکز بیش از اندازه بر افکار، هیجان‌ات و تجارب داشته و همچنین کنترل بیش از اندازه و سرکوب هیجان شامل کوشش برای کاهش و جلوگیری از ابراز هیجان یا تجربه ذهنی هیجان می‌تواند آشفته‌گی فرد را بیشتر کند (رای، ویلهلم و گراس، ۲۰۰۸). ارزیابی مجدد شناختی و بازداری، مبین دو استراتژی تنظیم هیجانی می‌باشند که می‌توانند بر طبق این‌ها که چه زمانی آن‌ها اتفاق می‌افتند، قبل یا بعد از گرایشات پاسخ هیجانی که پاسخ‌دهی فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربه‌ای را تغییر می‌دهند، متمایز شوند (رای و اوچسینر، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها نشان دادند که ارتباط معناداری بین اختلال اجتماعی و تنظیم هیجانی وجود دارد (پاتل، راماسانتراهیتینگ، ویجیکومار، گاجالاکشیم، گوروراج، سوراویرا و جیها، ۲۰۱۲) به نوعی تنظیم هیجان می‌تواند سازگاری فرد را با محرک‌های محیطی افزایش دهد در مدل تنظیم هیجان، گراس پنج راهبرد وجود دارد که افراد از طریق آن‌ها هیجان‌های خود را تنظیم می‌کنند (ماهون، توبین، کاساک، کلیهر و مالونه، ۲۰۱۵). این پنج راهبرد بیانگر پنج صفت مشترک فرایند تنظیم هیجان هستند که عبارتند از: انتخاب موقعیت، تعدیل موقعیت، تنظیم توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ (گراس، ۲۰۰۷). با توجه به این پنج راهبرد به نظر می‌رسد که با به کارگیری منظم آن نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی که در اکثر نظریه‌ها به دلیل تنظیم نبودن هیجان قوت و تداوم گرفته بتوان را کاهش داد (گراس و تامسون، ۲۰۰۷). شیوه‌های تنظیم هیجان به افراد دارای اختلال مرزی کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌ات منفی‌شان را تنظیم کنند (گودمن و همکاران، ۲۰۰۵). کریمی در پژوهشی نشان داد که با آموزش‌های مناسب که منجر به یادگیری تنظیم هیجان بر افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می‌شود می‌توان به طور چشمگیری باعث کاهش رفتارهای ناکارآمد آن‌ها شد (آلن، مک‌گی و بارلو، ۲۰۰۹). محققان آسیب‌شناسی روانی معتقدند که داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی، پرخاشگری، خشونت تکانشی، احساس شرمندگی و گناه نیز در نتیجه تنظیم ناکافی پاسخ‌های هیجانی ایجاد می‌گردد. یافته‌ها نشان می‌دهد که بین تنظیم هیجان و سطوح

بالای سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد (عزیزی، برجعلی و گلزاری، ۱۳۸۹). چنانچه پژوهش‌ها نشان می‌دهند روش تنظیم هیجان روش کاربردی در درمان اختلالات شخصیت است، در پژوهشی به اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجان و آشفتگی هویت زنان شخصیت مرزی و اختلال سو مصرف مواد پرداختند که نتایج نشان از تأثیر این روش در کاهش علائم بیماران بوده است (حسینی و کیانی، ۱۳۹۸). در پژوهشی دیگر تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس و رفتار درمانی دیالکتیک بر علائم مشکلات پردازش واقعیت مردان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی پرداختند و نتایج نشان دهنده کاهش مشکلات بود. همچنین پژوهشگران ارتباط بین اختلال اجتماعی و آسیب در تنظیم هیجانی را نشان داد (ابراهیمی و ابراهیمی، ۱۳۹۹). با توجه به مطالب فوق و اهمیت برطرف کردن مشکل اختلال شخصیت مرزی از یک طرف، عدم اجماع نظر کلی درباره انتخاب روشی مناسب و واحد در این زمینه از طرف دیگر و نهایتاً از آنجا که با مرور تحقیقات انجام شده در داخل و خارج از کشور تحقیقی در زمینه موضوع مورد نظر یافت نشد لذا محقق درصدد پاسخگویی به این سؤال بود:

۱. آیا درمان گروهی تنظیم هیجان بر اختلال شخصیت مرزی در زنان در مرحله پس آزمون مؤثر است؟

۲. آیا درمان گروهی تنظیم هیجان بر اختلال شخصیت مرزی در زنان در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه تجربی و کاربردی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه‌های آزمایش و گواه انجام شد. جامعه آماری را ۵۰ زن ۱۸ تا ۴۰ سال دارای اختلال شخصیت مرزی که به کلینیک توحید شهر اصفهان مراجعه کرده بودند تشکیل دادند که پس از غربالگری با پرسشنامه‌های شخصیت مرزی لیشنرینگ (۱۹۹۹) و شخصیت مرزی جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) ۱۸ زن با شرط داشتن شرایط ورود به پژوهش که عبارت بود از دارا بودن نمره ۲۰ یا کمتر در پرسشنامه شخصیت مرزی لیشنرینگ و نمره ۲۰ یا کمتر در پرسشنامه شخصیت مرزی جکسون و کلاریج و همچنین عدم ابتلا به سایر اختلال‌های روان‌شناختی و مصرف دارو، نداشتن بیماری جسمی و بیماری روان‌شناختی جدی و عدم دریافت هم‌زمان یک روان‌درمانی و یا برنامه مداخله دیگر به شیوه هدفمند انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۹ زن) و گواه (۹ زن) کاربندی شدند.

۱. پرسشنامه شخصیت مرزی. پرسشنامه شخصیت مرزی^۱ توسط لیشنرینگ (۱۹۹۹) و به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده و به صورت بلی / خیر جواب داده می‌شود که بله=۱ و خیر=۰ نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه در اصل مقیاسی ۵۳ ماده‌ای است که بر اساس مفهوم کرنبرگ، ۱۹۶۷؛ از سازمان‌بندی شخصیت مرزی و همچنین ملاک‌های تشخیصی DSM-IV ساخته شده است. پرسشنامه شخصیت مرزی شامل عامل‌هایی برای سنجش آشفتگی هویتی، مکانیزم‌های دفاعی اولیه، واقعیت آزمایی آسیب دیده و ترس از صمیمیت است. دو سؤال آخر این پرسشنامه در هیچ یک

1. borderline personality inventory (BPI)

از طبقات عاملی یا سایر طبقات این پرسشنامه قرار نمی‌گیرند و نمره آن‌ها در نمره نهایی فرد نیز محاسبه نمی‌شود به همین دلیل در نسخه ایرانی حذف شده است. لیشترینگ (۱۹۹۹) در پژوهش خود نشان داد همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این آزمون در حد رضایتبخشی قرار دارد. به شکلی که آلفای کرونباخ مؤلفه‌های این آزمون در دامنه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ بود؛ همچنین میزان همبستگی باز آزمایی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ به دست آمد. لیشترینگ (۱۹۹۹) در این پژوهش روایی تمییزی و تشخیصی این مقیاس را مطلوب گزارش نمود. در پژوهش محمدزاده و رضایی (۱۳۹۱) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته شد. روایی هم‌زمان با ضریب ۰/۷۰ و همبستگی خرده مقیاس‌ها با کل مقیاس و با یکدیگر با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ و سه نوع اعتبار بازآزمایی، دونیمه‌سازی و همسانی درونی به ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد.

۲. پرسشنامه شخصیت مرزی^۱. پرسشنامه ارزیابی شخصیت مرزی دارای ۲۲ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی اختلال شخصیت مرزی از ابعاد مختلف (عامل ناامیدی، عامل تکانشگری، عامل سوم: عامل علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس) است. طیف پاسخگویی آن بدین صورت است که به هر گزینه بلی یک نمره و به هر گزینه خیر صفر نمره تعلق می‌گیرد. جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) ضریب پایایی بازآزمایی را برای پرسشنامه شخصیت مرزی ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند؛ همچنین، راولینگز و همکاران (۲۰۰۱) ضریب آلفای ۰/۸۱ را برای پرسشنامه شخصیت مرزی گزارش کرده‌اند؛ روایی هم‌زمان پرسشنامه شخصیت مرزی با مقیاس‌های روان رنجورخویی و روان‌پریشی گرابی در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است (محمدزاده و همکاران، ۱۳۸۴).

۲. برنامه تنظیم هیجان^۲. روش مداخله تنظیم نظم‌بخشی هیجانی بر اساس دستورالعمل مک‌گی، وود و برنتلی (۱۳۹۰) و همچنین آلن، مک‌گی و بارلو (۲۰۰۹) به آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به شکل گروهی یک‌بار در هفته به شرح زیر آموزش داده شد.

جلسه اول. در ابتدای جلسه تک تک اعضا خواسته شد تا خود را معرفی و انتظارهای خود از حضور در دوره مداخله را بیان کنند. سپس درباره اهداف و مقررات جلسه‌ها توضیح داده شد. در نخستین جلسه به معرفی هیجان‌های اولیه و ثانویه پرداخته شد. سپس از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا هیجان‌هایشان را بشناسند. برای تمرین شناخت هیجان‌ها از برگه‌های مخصوص ثبت این تمرین استفاده شد. از برگه تمرین برای حادثه هیجانی اخیر خود استفاده کنید. یک موقعیت را برگزینید و دقیق و شفاف آن را به خاطر بیاورید. هیجان‌های اولیه و ثانویه خود را بشناسید. به یاد داشته باشید تا جای ممکن با خودتان روراست و صادق باشید. هیچ‌کس به جز شما این برگه تمرین را نمی‌بیند. سپس در دو هفته آینده موقعیت‌هایی را که برای شما پیش می‌آید در برگه تمرین ثبت کنید.

جلسه دوم. در ابتدای جلسه به شناسایی هیجان طبیعی و هیجان مشکل‌آفرین پرداخته شد؛ پس از آن غلبه بر موانع هیجان‌های سالم آموزش داده شد. سپس در مورد چگونگی تأثیر هیجان‌ها بر افکار و رفتارها

1. Schizotypal Trait questionnaire-B form (STB)

2. emotional regulation training program

صحبت شد. سپس به شرکت کنندگان یادآور شدیم که چگونه گرفتار رفتارهای خود آسیب‌رسان یا تفکر خودانتقادگرانه می‌شوند و چگونه تعامل بین افکار، هیجان‌ها و رفتارها در چرخه‌ای معیوب گیر می‌کنند. جلسه سوم، در ابتدای جلسه با مرور هیجان‌ها و رفتارها به شناسایی هیجان‌ها و رفتارهای مثبت و سازگار بدین شکل پرداخته شد. کاملاً مشخص است که هیجان‌ها و رفتارهای شما قویاً به یکدیگر وابسته‌اند و بر همین اساس زیاد تعجب‌برانگیز نیست که هیجان‌های شدیدتر اغلب به واکنش‌های رفتاری افراطی‌تر منجر می‌شوند. بالطبع بسیاری از افرادی که درگیر احساس‌های ناتوان ساز هستند، با رفتارهای کنترل‌ناپذیر درگیرند. افرادی که تحت تأثیر هیجان‌های ناتوان ساز هستند، اغلب وقتی دچار خشم، افسردگی یا اضطراب می‌شوند، دست به رفتارهای خود آسیب‌رسان می‌زنند. آن‌ها در چنین مواقعی به این رفتارها پناه می‌برند: آسیب زدن به خویشتن، پر خوری، کم خوری، رفتارهای بزهکارانه و پر خاشگرانه. (اغلب دست انداختن دیگران منجر به جنگ‌ودعوا یا روابط بین فردی ناسالم می‌شود). پر واضح است که دست زدن به چنین رفتارهایی به فرد آسیب می‌زند با این حال افراد اغلب این رفتارها را تکرار می‌کنند. یک سؤال مهم باقی‌مانده است: چرا برخی افراد دست به چنین کارهایی می‌زنند؟ پاسخ این سؤال را باید در هیجان‌هایتان جستجو کنید. جلسه چهارم، به اعضا آموزش داده شد تا هیجان‌های منفی خود را از طریق توقف نشخوارهای فکری^۱ و افکار آسیب‌زا کاهش دهند. همچنین آگاهی از تجربه‌های منفی و کاهش هیجان‌های منفی از طریق خواب کافی و مراقبت از خود نیز آموزش داده شد تا بتوانند با مقابله‌ای کارآمد، مهار هیجان‌های منفی زندگی خود را در دست بگیرند. برای این کار به اعضا توصیه شد ضمن رعایت تغذیه روزانه برنامه‌ای را برای ورزش روزانه نیز در نظر بگیرند. در آخر برای تکلیف خانگی بدین شرح داده شد: حال که بسیاری از رفتارهای خود آسیب‌رسان و آسیب‌پذیرهای جسمانی را شناختید، می‌توانید از برگه تمرین بعدی (برگه تمرینی شناسایی رفتارهای خود آسیب‌رسان) کپی بگیرید. دقت کنید که در طی دو هفته آینده کدام‌یک از اعمال خود آسیب‌رسان را انجام می‌دهید. این برگه تمرین خیلی شبیه به برگه تمرین شناسایی هیجان‌هاست که در جلسات قبل به آن اشاره کردیم. با این حال، در تمرین حاضر از شما خواسته می‌شود که رفتارهای خود آسیب‌رسان خود را مشاهده کنید و سپس به ذکر پاداش‌های هیجانی این رفتارها بپردازید و دست‌آخر نیز یادداشت کنید که چرا این پاداش‌ها موقتی هستند. برای کمک به شما نمونه‌ای از این برگه تمرین ارائه می‌شود.

جلسه پنجم، در این جلسه دو خطای شناختی رایج معرفی و هیجان و اجتناب به‌عنوان شاخص‌های اختلال هیجانی مطرح شد و به اعضای گروه آموزش داده شد تا نسبت به هیجان فعلی خود، آگاهی داشته باشند و به هیجان‌های مثبت یا منفی خود توجه کافی کنند و بدون قضاوت و با ابراز درست هیجان، آن را بپذیرند. برای مثال به آن‌ها گفته شد؛ باید بگویند «من احساس می‌کنم ...» به جای آن‌که بگویند «من هستم ...». سپس نظرخواهی از دوستان و اطرافیان در مورد میزان بالا یا پائین بودن هیجان‌های مثبت یا منفی به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد و در دستور کار جلسه آتی قرار گرفت.

جلسه ششم، در این جلسه پس از مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، به تمرین مشاهده خویشتن بدون قضاوت درباره خویشتن، کاهش آسیب‌پذیری شناختی و استفاده از افکار مقابله‌ای بدین شکل پرداخته شد. در تمرین قبلی متوجه شدید که رفتارهای خود آسیب‌رسان تنها می‌توانند موقتاً شما را آرام کنند. در دراز مدت این رفتارها برای شما و دیگران بیشتر آسیب‌زا می‌شوند. شاید اهمیت شناسایی پاداش‌های حاصل از این رفتارها به همین دلیل باشد که تمام آن‌ها آسیب‌رسان هستند؛ اما این نکته مهم را به خاطر بسپارید که شما نباید به دلیل پاداش ناسالمی که برای این رفتارها دریافت می‌کنید و طبیعتاً این رفتارها تقویت می‌شوند، خودتان را مورد سرزنش و قضاوت و عیب‌جویی قرار دهید. بایستی خودتان را بدون قضاوت‌گری بپذیرید تا از این رهگذر به زندگی سالم‌تری دست یابید. اگر بپذیرید که برخی از رفتارهای شما نیازمند تغییرند و در عین حال شما انسان خوب، مهربان و دوست‌داشتنی هستید، کار اشتباهی نکرده‌اید. احتمالاً به این دلیل رفتارهای شما دست از سرتان برنمی‌دارند که راه دیگری برای کنار آمدن با هیجان‌های آشفته‌ساز و دردسرافرین بلد نیستید. اگر شما نشان بدهید که شیوه‌ای سالم‌تر برای کنار آمدن با هیجان‌ها در دست دارید که احتمالاً می‌توانید آن‌ها را انجام دهید، پس معطل چی هستید؟

جلسه هفتم، در این جلسه به تعادل‌آفرینی بین افکار و احساس‌ها در موقعیت‌هایی که هیجان‌های آشفته‌ساز دامن می‌زنند پرداخته شد. در ادامه این جلسه شرکت‌کنندگان برای اینکه بتوانند بین افکار و هیجان‌های خود تعادل برقرار کنند؛ لازم است شواهد تائیدکننده و ردکننده موقعیت هیجان‌آفرین را بررسی کنند: شواهدی را که نشان می‌دهد شما آدم بدی هستید (افکار خودانتقادگرایانه) با شواهدی که نشان می‌دهد شما آدم خوبی هستید، مقایسه کنید. شواهدی که نشان می‌دهد حوادث ناگواری برای شما اتفاق می‌افتد (افکار فاجعه‌سازانه) با شواهدی که نشان می‌دهد حوادث خوشایندی در انتظار شماست، مقایسه کنید. شواهدی را که نشان می‌دهد هیچ‌کس دلسوز شما نیست (افکار خود دلسوزانه) با شواهدی که نشان می‌دهد دیگران غمخوار شما هستند مقایسه کنید. شواهدی را که نشان می‌دهد موقعیت فعلی افتضاح است (افکار افتضاح‌سازانه) با شواهدی که نشان می‌دهد که به بدی هم نیست، مقایسه کنید. در پایان از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا در منزل و بیرون از چارچوب کلاس آموزشی برای دستیابی به دیدگاهی همه‌جانبه‌گر از این دست‌ورعمل‌ها استفاده کنند و گفته شد هر زمان که در موقعیتی قرار گرفتید که هیجان‌های دردساز برای شما مشکلی درست کردند به این سؤال‌ها جواب دهید؟ چه اتفاقی افتاد؟ در اثر این اتفاق چه افکار و احساس‌هایی را تجربه کردم؟ چه شواهدی این فکر و احساس من را تائید و یا رد می‌کند؟ چه شیوه‌های منصفانه‌تر و درست‌تر برای بررسی افکار و احساس‌های من در این موقعیت وجود دارد؟ برای مقابله درست‌تر با این موقعیت از چه راهکارهایی می‌توان استفاده کرد؟

جلسه هشتم، میزان نیل به اهداف ارزیابی و درباره کاربرد تکنیک‌های تمرین شده در طول جلسات و در محیط طبیعی از قبیل خانه و مدرسه توضیح و مجدداً مختصر مرور شد. در ادامه به افزایش هیجان‌های مثبت مثل شادی، خوشحالی و شمع و کاهش هیجان‌های منفی مثل خشم، ترس و غم پرداخته شد. سپس در خصوص برنامه‌ریزی برای تجارب لذت‌بخش که یکی از مؤثرترین شیوه‌ها برای تمرکز بر هیجان‌های خوشایند است کار شد. سپس در کلاس بر روی کار برگ‌های تمرینی در خصوص نحوه ثبت فعالیت‌های

لذت‌بخش بدین شکل کار شد: برای ایجاد سبک زندگی سالم‌تر و متعادل‌تر هر روز وقتی را برای خودتان به منظور تجربه لذت‌بخش اختصاص دهید. دقت کنید که در حین این تجربه لذت‌بخش چه افکار و احساس‌هایی را تجربه کردید. به یاد داشته باشید که هر روز وقتی برای فعالیت‌های لذت‌بخش اختصاص دهید. شما لیاقت و ارزش این کار را دارید. حال در این کار برگ‌های در ستون‌های کی؟ چه کار کردم؟ چه احساسی داشتم؟ چه فکری داشتم؟ یکی از لذت‌بخش‌ترین کاری که آخرین بار انجام دادید بنویسید. در ادامه در راستای پیشرفت نظم‌بخشی هیجانی مجدداً چهار مهارت توجه آگاهانه نسبت به هیجانات بدون قضاوت، رویارویی با هیجان، عمل کردن بر خلاف امیال شدید هیجان و حل مسئله پرداخته شد. در انتها مطالب آموزشی جلسه‌های گذشته جمع‌بندی شد و در انتهای جلسه‌های آموزش مجدداً در مرحله پس‌آزمون از اعضای گروه خواسته شد به‌دقت به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دهند.

شیوه اجرا. قبل از اجرای مداخله، با کسب اجازه از مدیر مرکز توحید، نشستی توجیهی با حضور تمامی زنان شرکت‌کننده در پژوهش در اتاق آموزشی مرکز مشاوره برگزار و توضیح‌هایی درباره ماهیت پژوهش، محرمانه بودن نتایج و همچنین ساعت حضور به زنان شرکت‌کننده ارائه و مطالب جمع‌بندی شد. مداخله برای گروه آزمایشی تنظیم هیجانی در روزهای پنجشنبه به مدت هشت هفته پیاپی از ساعت ۱۰ الی ۱۱:۳۰ به صورت گروهی در اتاق آموزش مرکز توحید اجرا شد؛ در حالی که در این مدت گروه گواه برنامه و مداخله خاصی را دریافت نکردند؛ از این رو به دلیل مسائل اخلاقی به گروه گواه تعهد داده شد که پس از پایان جلسه‌ها گروه آزمایشی، آن‌ها نیز تحت مداخله قرار خواهند گرفت. بلافاصله پس از اتمام جلسات درمانی گروه آزمایشی، پس‌آزمون و دو ماه پس از آن نیز در مرحله پیگیری در مورد هر دو انجام شد. سپس اطلاعات مربوط به سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، در گروه گواه و آزمایش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان گروه آزمایش ۲۹/۷۸ (۳/۵۴) و زنان گروه گواه ۳۰/۳۱ (۳/۷۴) بود؛ از بین زنان گروه آزمایش ۲ نفر دارای مدرک فوق دیپلم، ۵ نفر دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس و برای زنان گروه گواه ۳ نفر فوق دیپلم، ۴ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق لیسانس بودند

جدول ۱. یافته‌های توصیفی درمان مبتنی بر هیجان پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گواه

زیر مقیاس	مرحله	آزمایش		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	
آشفتگی هویت	پیش‌آزمون	۶/۶	۲/۲	۲/۳
	پس‌آزمون	۴/۳	۱/۳	۲/۶
	پیگیری	۴/۵	۱/۲	-
	پیش‌آزمون	۳/۸	۲/۵	۴/۶۲
واقعیت‌آزمایی	پس‌آزمون	۳/۲۰	۱/۳	۴/۶۳

-	-	۲/۲	۳/۵	پیگیری	
۵/۳۹	۶/۲	۱/۳	۶/۶	پیش‌آزمون	ترس از
۵/۴۳	۶/۷	۴/۴۲	۴	پس‌آزمون	صمیمت
-	-	۳/۲۳	۴/۲	پیگیری	
۵/۴۶	۶/۶	۲/۶	۶/۱	پیش‌آزمون	نامیدی
۴/۶۳	۶/۶	۱/۳۳	۲/۲	پس‌آزمون	
-	-	۲/۶۴	۲/۴	پیگیری	
۴/۶۳	۷/۵	۲/۲۵	۷/۱	پیش‌آزمون	تکانشگری
۴/۷۱	۷/۲	۴/۳	۵	پس‌آزمون	
-	-	۴/۴	۵/۱	پیگیری	
۲/۳۲	۵	۱/۳	۴/۴	پیش‌آزمون	علائم تجزیه‌ای
۲/۶۳	۴/۸	۲/۶۳	۴/۲	پس‌آزمون	
-	-	۲/۶۸	۴/۳	پیگیری	

اطلاعات جدول ۱ حاکی از کاهش نمره ابعاد شخصیت مرزی (عامل نامیدی، عامل تکانشگری، عامل سوم: عامل علائم تجزیه‌ای و پارانوییدی وابسته به استرس) در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون مفروضه‌های آماری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	شاپیرو-ویلک		آزمون لوین		مخلی
		Z	معناداری	F	معناداری	
آشفتنگی هویت	آزمایش	۰/۹۳۶	۰/۳۳	۱/۱۳	۰/۳۸	۰/۸۰
	گروه	۰/۶۳۲	۰/۶۲			۰/۶۸
واقعیت‌آزمایی	آزمایش	۰/۹۲۶	۰/۶۳	۲/۰۰	۰/۲۱	۰/۱۱
	گروه	۰/۵۲۶	۰/۶۳			۰/۸۵
ترس از صمیمت	آزمایش	۰/۹۷۲	۰/۳۹	۱/۱۰	۰/۴۱	۰/۱۳
	گروه	۰/۶۳۸	۰/۶۱			۰/۸۷
نامیدی	آزمایش	۰/۹۰۴	۰/۴۱	۰/۵۸	۰/۵۸	۰/۱۹
	گروه	۰/۳۶۸	۰/۱۷			۰/۹۰
تکانشگری	آزمایش	۰/۹۰۶	۰/۶۱	۲/۳۶	۰/۰۸	۰/۱۸
	گروه	۰/۲۳۵	۰/۴۱			۰/۹۲
علائم تجزیه‌ای	آزمایش	۰/۹۳۶	۰/۳۳	۰/۹۵	۰/۴۷	۰/۱۴
	گروه	۰/۳۱۴	۰/۲۵			۰/۷۷

نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد آزمون کولموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان‌دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش (ابعاد شخصیت

مرزی) است. همچنین آماره W موخلی برای ابعاد شخصیت مرزی در سطح ۰/۰۵ معنی دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی داری متفاوت است؛ بنابراین پیش فرض کرویت رعایت نشده است. در این شرایط باید از اصلاح اپسیلین گرین‌هاوس گیسر استفاده شود؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها برای ابعاد شخصیت مرزی از این آماره استفاده شد.

جدول ۳ تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ابعاد علائم

مرزی در گروه آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا
آشفستگی هویت	مرحله	۴۷/۱۶	۱	۲۳/۵۸	۱۲/۴۲	۰/۰۰۰	
	گروه*مرحله	۳۱/۳	۲	۳۶۲/۲۵	۲/۱۶	۰/۰۰۰	
	گروه	۱۳۵/۲۴	۱	۲۵/۳۴	۱۳/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۲
واقعیت آزمایی	مرحله	۳۹۹/۲۸	۱	۱۹۹/۶۴	۱۴/۱۸	۰/۰۱۶	
	گروه*مرحله	۱۳۷/۵۵	۲	۳۴/۳۹	۱۳/۰۲	۰/۱۱۴	
	گروه	۳۶۸/۸۲	۱	۱۸۴/۴۱	۶۹/۸۶	۰/۱۷	۰/۲۱
ترس از صمیمت	مرحله	۸۲۱/۲۱	۱	۴۱۰/۶۰	۵۰/۴۹	۰/۰۰۰	
	گروه*مرحله	۵۲۴/۸۸	۲	۱۳۱/۲۲	۲۰/۶۹	۰/۰۰۰	
	گروه	۶۶۳/۱۸	۱	۳۳۱/۵۹	۵۲/۳۰	۰/۰۰۰	۰/۵۱
ناامیدی	مرحله	۲۸/۴۶	۱	۱۴/۲۳	۳/۶۳	۰/۰۰۰	
	گروه*مرحله	۱۰۹۷/۲۸	۲	۲۷۴/۳۲	۱۲/۳۲	۰/۰۰۵	
	گروه	۷۶/۸۴	۱	۳۸/۴۲	۳۱/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۷۹
تکانشگری	مرحله	۴۳/۲۷	۱	۲۱/۶۳	۱۱/۳۲	۰/۰۰۰	
	گروه*مرحله	۱۶۶/۷۲	۲	۴۱/۶۸	۱۹/۳۵	۰/۰۰۰	
	گروه	۳۲۲/۴۶	۱	۱۶۱/۲۳	۷۱/۵۸	۰/۰۰۰	۰/۸۸
علائم تجزیه‌ای	مرحله	۳۴۸/۶۹	۱	۱۷۴/۳۴	۷۰/۶۳	۰/۰۲۵	
	گروه*مرحله	۳۸/۰۹	۲	۱۹/۵۲	۲۲/۳۴	۰/۰۱۴	
	گروه	۳۲۸/۷۱	۱	۱۶۴/۳۵	۱۴/۶۲	۰/۱۱۲	۰/۱۵

نتایج جدول ۴ با توجه به معنی دار بودن اثر مرحله، حاکی از آن است که بین میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات تمام زیر مقیاس‌های علائم اختلال مرزی به جز علائم تجزیه‌ای و واقعیت آزمایی در گروه آزمایشی روان‌درمانی تنظیم هیجان و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین نمره‌های مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین معنادار بودن تعامل میان مراحل با هر دو گروه آزمایشی در تمام زیر مقیاس‌های متغیر مورد پژوهش حاکی از آن است که در مراحل پس آزمون و پیگیری، میانگین گروه آزمایش به طور

معنی‌داری پایین‌تر از گروه گواه است. این نتایج بیانگر اثربخشی مداخله تنظیم هیجان بر علائم اختلال شخصیت (آشفستگی هویت، واقعیت، ترس از صمیمیت، ناامیدی، تکانشگری) است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان داد واقعیت‌آزمایی و علائم تجزیه‌ای در درمان تنظیم هیجان تغییر یافتند ولی مابقی علائم تغییر معناداری یافتند. با توجه به نتایج می‌توان گفت تنظیم هیجانی می‌تواند توانایی افراد را برای گریز از علائم جدی بیماری کاهش دهد. این یافته با پژوهش‌های در تحقیق صالحی و باغبان (۱۳۹۱) تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس و رفتار درمانی دیالکتیک بر علائم مشکلات هیجانی پرداختند و نتایج نشان دهنده کاهش مشکلات هیجانی بود. علیلو در پژوهشی نقش راهبردهای تنظیم هیجانی در پیش‌بینی صفات شخصیت مرزی را بررسی کردند که نتایج نشان از تأثیر این روش در پیش‌بینی صفات بوده است. عزیزی و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی به اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجان زنان شخصیت مرزی و اختلال سو مصرف مواد پرداختند که نتایج نشان از تأثیر این روش در کاهش علائم بیماران بوده است. این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که ناتوانی فرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی برای مدیریت مؤثر رفتار یکی از عوامل کلیدی توجه ناکافی و تکانشگری آنان بود که با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، توانستند کنترل این هیجان‌نا مناسب را در دست بگیرند و هیجان‌نا مثبت را جایگزین هیجان‌نا منفی کنند.

مداخله مهارت‌های تنظیم هیجانی با آگاهی دادن به افراد در مورد هیجان‌های مثبت و منفی آن‌ها، پذیرش و کنار آمدن مؤثر با آن‌ها، می‌تواند سلامت روان افراد را ارتقاء بخشد. از طرفی، درمان تنظیم هیجان یکی از رویکردهای درمانی است که با مدیریت و پرورش هیجان به حل زیرساخت‌های اساسی سبک زندگی سالم و رفتارهای مقابله‌ای و همچنین آشفستگی‌های هویت می‌پردازد. این رویکرد درمانی ساختار روشنی دارد و از تکنیک‌های هیجانی و شناختی که در مهار ناامیدی ناشی از هیجان‌نا منفی و ناکارآمدی افکار توانسته موفق شود. زمانی که فرد با مهارت‌ها و تمرینات روبه‌رو می‌شود می‌تواند راهبردهای سازگارانه مانند حل مشکلات هیجانی ناشی از خشم و آشفستگی هویت را تعدیل بخشد همچنین در مرحله پذیرش هیجان ترس ناخودآگاه عدم صمیمیت که به دلیل ناآگاهی جدی از اصول اولیه هیجان نسبت به دیگران شکل می‌گیرد از بین می‌رود. مداخله نظم‌بخشی هیجانی (گروس، ۲۰۰۷) شامل کاهش و کنترل هیجان‌نا منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌نا است. همچنین باید اذعان داشت که بخشی از راهبردهای نظم‌بخشی شناختی هیجان، به آموزش مهارت‌های حل مسئله، مهارت کنترل خشم، شناسایی و اصلاح ارزیابی‌های آسیب‌زا شناختی، آموزش راهبردهای ارزیابی مجدد اختصاص دارد (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۶)؛ از این رو، می‌توان اظهار داشت بهره‌گیری از راهبردهای نظم‌بخشی هیجان از طریق موارد فوق باعث می‌گردد که بیماران بتوانند در شرایط پرفشار و پرتنش حاصله از بیماری‌شان عملکرد سازگارانه و انعطاف‌پذیرتری داشته باشند. در پژوهش فوق زنان دچار اختلال شخصیت مرزی دریافت‌کننده تنظیم هیجان در علائم اختلال شخصیت (آشفستگی هویت، واقعیت، ترس از صمیمیت، ناامیدی، تکانشگری) نمرات به‌مراتب پایین‌تری را در هر دو مرحله پس

از درمان و پیگیری کسب کرده بودند. با توجه به ماهیت فرایندهای دخیل در اختلال شخصیت مرزی، برانگیختگی و بی‌نظمی در شناخت و خلق پس از تجربه آموزش نظم‌بخشی هیجان، بیماران در می‌یابند که لازم نیست با استفاده از راهبردهایی مثل نشخوار فکری، فاجعه‌سازی، ملامت خویش و دیگران، با افکار مزاحم خود روبرو شوند؛ بنابراین بیماران دریافت‌کننده آموزش نظم‌بخشی هیجان پس از درمان، دیگر به آسانی و به سرعت درگیر هیجان‌های ناخوشایند خود نمی‌شوند و می‌آموزند که از راهبردهای دیگری برای تنظیم هیجان‌های خود استفاده کنند. بعضی از محققان معتقدند که هیجان‌ات مثبت، منابع روان‌شناختی بسیار مهمی هستند که به فرد کمک می‌کند در مقابل فشار روانی از روش‌های مقابل‌های مؤثری استفاده کند (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۴).

نتیجه این پژوهش لزوم توجه به راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و تغییر این راهبردها از ناسازگارانه به راهبردهای سازگارانه، در مداخله درمانی را نشان می‌دهد. علاوه بر آن، مداخله گروهی نظم‌بخشی هیجانی تأثیر مثبتی بر کاهش نشانه‌های علائم اختلال شخصیت مرزی داشته است؛ بنابراین می‌توان گفت چون هیجان‌ها نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کنند و تنظیم هیجان به‌عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجان‌ها، با عزت‌نفس و تعامل‌های اجتماعی مثبت در ارتباط است، باعث مراقبه مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به دنبال دارد؛ در نهایت نتایج این پژوهش به درستی نشان می‌دهد که آموزش راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند در بهبود رفتارهای هیجانی و کارکردهای اجرایی مؤثر باشد. به طوری که ناامیدی ناشی از نگاه سرشار از خشم و اضطراب و افسردگی کاهش می‌یابد، خشم در جریان برنامه هدف مدار هیجان مدیریت می‌شود و هویت نگران و آشفته از عدم درک هیجان‌ات صحیح به ثبات می‌رسد همچنین ترس از صمیمیت که اغلب به دلیل عدم کنترل هیجان رخ می‌دهد کنترل و حل می‌شود. در آخر با توجه به اینکه آموزش تنظیم هیجان با نتایج پیشینه همخوان است پیشنهاد می‌شود آموزش تنظیم هیجان به عنوان یکی از اصول مهم در آموزشگاه‌ها، دانشکده‌های روان‌شناسی و مؤسسات مختلف مورد بررسی و آموزش قرار بگیرد و از آن جایی که این پژوهش با محدودیت بر روی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شده به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر را روی مردان مجدداً بررسی نمایند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری صمیمانه کلینیک‌ها و مراکز تحت درمان که در مراحل اجرای این پژوهش امکانات لازم را در اختیار قرار دادند تشکر و قدردانی می‌شود.

موازین اخلاقی

اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه حضور در پژوهش و اطلاع‌رسانی در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج و آموزش گروه‌گواه پس از اتمام آموزش دو گروه آزمایش نیز در پژوهش از آغاز تا انتها رعایت شده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد است و همه نویسندگان در مراحل مختلف انجام این رساله و تدوین و ارسال مقاله نقش داشته‌اند.

تعارض منافع

بنا بر اعلام نویسندگان، حامی مالی و تعارض در منافع نداشته است.

منابع

- ابراهیمی، مریم، و ابراهیمی، صدیقه. (۱۳۹۹). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر نشخوار فکری، میزان نگرانی و تحمل پریشانی مادران کودکان اوتیسم. *مجله پرستاری کودکان*. ۷ (۲): ۱۱-۲۰
- حسینی، مهسا، و کیانی، رقیه. (۱۳۹۸). اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۸ (۳۱): ۷-۲۲.
- سلطانی نژاد، عبدالله، فتحی آشتیانی، علی، احمدی، خدابخش، یاحقی، عماد، نیک مراد، علیرضا، کریمی، روح‌الله، و همکاران. (۱۳۹۱). الگوی ساختاری رابطه اختلال شخصیت مرزی، سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار، تکانشگری و افکار خودکشی در سربازان. *فصلنامه طب انتظامی*. ۱ (۳): ۱۷۶-۱۸۲
- صالحی، اعظم، باغبان، ایران، بهرامی، فاطمه، و احمدی، سیداحمد. (۱۳۹۱). تأثیر دو روش تنظیم هیجان بر اساس فرایند گاف و درمان رفتاری دیالکتیکی بر علائم مشکلات عاطفی. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۴ (۲): ۴۹-۵۵.
- عزیزی، احمد، برجعلی، احمد، و گلزاری مسعود. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و درمان شناختی بر مشکلات عاطفی و اعتیاد مصرف‌کنندگان مواد. *مجله روان‌پزشکی ایران*، ۵ (۲): ۴۸-۶۰
- محمدزاده، علی، و رضایی، اکبر. (۱۳۹۱). اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت مرزی در جامعه ایرانی. *مجله علوم رفتاری*، ۵ (۳): ۲۶۹-۲۷۷
- محمدزاده، علی، گودرزی، محمدعلی، سیدمحمد رضا، نقوی، و ملازاده، جواد، (۱۳۸۴)، بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی در دانشجویان دانشگاه شیراز، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۷ (۲۸): ۴۸-۶۰
- مک‌گی، متیو، وود، جفری، و برنتلی، جفری. (۱۳۹۰). *تکنیک‌های نظم‌بخشی هیجانی*. ترجمه حسن حمیدپور، حمید جمعه‌پور و زهرا اندوز. انتشارات دانشگاه تهران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۷)

References

- Allen, L. B. McHugh, R. K. & Barlow, D. H. (2009). *Emotional disorder*. Clinical handbook of psychological disorder: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, fifth edition (dsm5)*. New school library, Washington. DC London. England
- Beauregard, M. J. Lévesque, and P. Bourgouin. (2011). Neural correlates of conscious self-regulation of emotion. *Journal of Neuroscience*. 21(18): p. RC165-RC165.
- Björkholm, S. (2019). Carving human nature at its joints: A-TRiC, a new theory on human personality.

- Chanen AM. (2015). Borderline personality disorder in young people: are we there yet? *J Clin Psychol.* 71(8):778-91.
- Fossati, A. Gratz, K.L. Maffei C. & Borroni, S. (2014). Impulsivity dimensions, emotion dysregulation, and borderline personality disorder features among Italian nonclinical adolescents. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation.* 1(1): 1-11.
- Garnefski, N & V. Kraaij. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences.* 40(8): p. 1659-1669.
- Goodman, M, et al. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research.* 57: p. 108-116.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*
- Gross, J. J. (2007). *Handbook Of Emotion Regulation.* New York: The Guilford Press.
- Jackson M, Claridge G. (1991). Reliability and validity of a psychotic trait questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology,* 30: 311-323
- Herpertz S, Gretzer, A. Steinmeyer M E.M. Muehlbauer, V. Schuerkens, A. & Sass, H. (2007). Affective instability and impulsivity in personality disorder: Results of an experimental study. *Journal of affective disorders.* 44(1): 31-37.
- Leichsenring F. (1999). Development and first results of the borderline personality inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment;*73(1):45-63.
- Kakia L. (2010). Effect of group counseling based on reality therapy on identity crisis in students of guidance schools. *Journal of fundamentals of Mental Health,* 2010. 12(45): 7-430.
- Klll nn BJ. (211) . aadcc'' s syiiii i ff ssyiii ttry. Bvvvrr ll ccissss sl iii ll psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie.* 58(1): 78-79.
- Kim. (2008). J.U. The effect of a R/T group counseling program on the Internet addiction level and self-esteem of Internet addiction university students. *International Journal of reality therapy.* 27(2).
- Mahon MJ. Tobin, J. Cusack, D. Kelleher, C. Malone, K, (2015). Suicide among regular-duty military personnel: a retrospective case-control study of occupation-specific risk factors for workplace suicide. *American Journal of Psychiatry.* 162(9): 1688-1696.
- Rawlings D, Claridge G, Freeman JL. (2001). Principal components analysis of the Schizotypal, Personality Scale (STA) and the Borderline Personality Scale (STB). *Personality and Individual Differences,* 31: 409-419

پرسشنامه شخصیت مرزی STB

ردیف	عبارات	بلی	خیر
۱	آیا اغلب احساس می کنید که هیچ هدفی برای زندگی وجود ندارد؟	۱	۰
۲	آیا زندگی کاملاً "نامید کننده به نظر می رسد؟	۱	۰
۳	آیا اغلب احساس شدید تهی بودن را تجربه می کنید؟	۱	۰
۴	آیا تا به حال افکار خودکشی داشته اید؟	۱	۰
۵	آیا تا به حال احساس کرده اید که میلی قوی برای آسیب رساندن به خودتان دارید؟	۱	۰
۶	آیا اغلب بین دوست داشتن شدید و تنفر از فرد واحدی در نوسان هستید؟	۱	۰
۷	آیا به طور مکرر در شروع کردن کارها مشکل دارید؟	۱	۰
۸	آیا گهگاه حالت های حنبدین یا گریه کردنی داشته اید که نتوانید آن را کنترل کنید؟	۱	۰

۱	۹	آیا تا به حال میل شدید برای شکستن یا خرد کردن اشیاء داشته اید؟
۱	۱۰	آیا اغلب احساس می‌کنید که دوست دارید کارهایی بر خلاف آن چه دیگران پیشنهاد می‌کنند، انجام دهید، حتی اگر فکر کنید که حق با آنهاست؟
۱	۱۱	آیا اغلب وسوسه شده اید پولی را خرج کنید که از عهده ی پرداخت آن بر نمی‌آید؟
۱	۱۲	آیا اغلب دوره های بی‌قراری شدید داشته اید به طوری که نتوانید بیش از مدت خیلی کوتاهی آرام بگیرید؟
۱	۱۳	آیا افکار شما درباره مسائل جنسی غالباً "عجیب و غریب است؟
۱	۱۴	آیا معتقدید که دیگران مسبب رویدادهای استرس آور در زندگی شما هستند؟
۱	۱۵	آیا اغلب بین دوست داشتن شدید و تنفر از فرد واحدی در نوسان هستید؟
۱	۱۶	آیا اغلب میلی قوی برای زدن کسی دارید؟
۱	۱۷	آیا به هنگام استرس، احساس می‌کنید که کسی ذهنتان را کنترل می‌کند؟
۱	۱۸	آیا در شرایط فشار آور زندگی، هیچ وقت احساس کرده اید که انگار اشیاء واقعی نیستند؟
۱	۱۹	آیا به طور مکرر بر سر پول شرط بندی کرده اید؟
۱	۲۰	آیا اغلب میلی قوی برای زدن کسی دارید؟
۱	۲۱	آیا در شرایط فشار آور زندگی، هیچ وقت احساس کرده اید که غیر واقعی هستید؟
۱	۲۲	آیا در شرایط فشار آور زندگی، هیچ وقت خودتان را خارج از خود احساس کرده اید، طوری که از بیرون به خودتان نگاه کنید؟

پرسشنامه شخصیت مرزی (BPI)

ردیف	سوالات	بله	خیر
۱	به طور مکرر دورههایی از وحشتزدگی را تجربه میکنم	۱	۰
۲	اخیراً هیچ چیزی نبوده که مرا از لحاظ عاطفی تحت تأثیر قرار دهد.	۱	۰
۳	من اغلب در این فکر هستم که واقعاً چه کسی هستم.	۱	۰
۴	اغلب ریسکهایی انجام میدهم که مرا به دردسر میاندازند.	۱	۰
۵	وقتی دیگران علاقه عمیقی به من نشان میدهند احساس خفگی میکنم.	۱	۰
۶	گاهاً فرد دیگری در وجودم ظاهر میشود که تعلق به من ندارد.	۱	۰
۷	اشکال و تصاویری را میبینم که در واقع وجود ندارند.	۱	۰
۸	بعضی مواقع احساس میکنم که اشیاء و افراد پیرامونم واقعی نیستند.	۱	۰
۹	احساساتم نسبت به دیگران به سرعت به قطب مخالف آن تغییر می‌کند (مانند تبدیل عشق و پذیرش به تنفر و طرد)	۱	۰
۱۰	اغلب احساس ناامیدی و بیارزشی را تجربه میکنم.	۱	۰
۱۱	من معمولاً پولم را هدر میدهم و یا آن را در قمار میبازم.	۱	۰
۱۲	صداهایی را در حال صحبت با خودم میشنوم، زمانی که هیچ کسی حضور ندارد.	۱	۰
۱۳	اگر جوابتان به سؤال قبلی بله میباشد لطفاً یکی از گزینههای زیر را انتخاب کنید:	۱	۰
۱۴	این صداها الف: خارج از من میآیند ب: از دورن خودم میآیند	۱	۰
۱۵	در روابط صمیمی بارها و بارها شکست خوردهام.	۱	۰
۱۶	برخی مواقع طوری فکر و عمل میکنم که شایسته من نیست.	۱	۰
۱۷	احساس میکنم همانند عروسک خیمه شبازی از بیرون تحت کنترل و اطاعت هستم.	۱	۰
۱۸	من درگیری فیزیکی با فردی داشتهام.	۱	۰
۱۹	من چنین احساسی داشتهام که افکارم را افراد دیگر میشنوند.	۱	۰
۲۰	بعضی مواقع احساس میکنم که انگار جنایتی را مرتکب شدهام، اگرچه هرگز آن را انجام نداده باشم.	۱	۰
۲۱	از روی عمد به خودم آسیب جسمانی میزنم.	۱	۰
۲۲	بعضی مواقع احساس میکنم شکل افراد و اشیاء تغییر می‌کند، با اینکه واقعاً نمیتواند تغییر کند.	۱	۰

۲۳	تجارب و رفتارهای افراطی مذهبی داشته‌ام.	۱	۰
۲۴	در روابط عاطفی اغلب مطمئن نیستم به دنبال چه رابطهای هستم.	۱	۰
۲۵	برخی اوقات احساس میکنم میتوانم آینده و سرنوشت را پیشبینی کنم (همانند پیامبران).	۱	۰
۲۶	اگر رابطهای قطع شود، احساس میکنم با احساساتم بازی شده است.	۱	۰
۲۷	احساس میکنم شخص دیگری در درونم هست، هرچند که در واقع آن طور نیست.	۱	۰
۲۸	بعضی مواقع به نظرم میرسد که بدنم یا بخشی از آن از من بیگانه شده و یا تا حدودی عوض شده است.	۱	۰
۲۹	اگر رابطهای بیش از اندازه باعث صمیمیت و نزدیکی شود، اغلب احساس میکنم که باید آن را قطع کنم.	۱	۰
۳۰	بعضی مواقع احساس میکنم که دیگران قصد دارند بر من مسلط شوند.	۱	۰
۳۱	اغلب عادت به استفاده از داروهایی داشته‌ام (مانند LSD، اکستازی و غیره).	۱	۰
۳۲	از اینکه روی افراد دیگر کنترل داشته باشم احساس لذت دارم.	۱	۰
۳۳	گهگاهی احساس میکنم فرد خاصی هستم.	۱	۰
۳۴	بعضی مواقع احساس میکنم در حال تکه تکه شدن هستم.	۱	۰
۳۵	بعضی مواقع برایم سخت است تشخیص دهم که آیا چیزی واقعاً اتفاق افتاده یا فقط تصاور مایکام که اتفاق افتاده است.	۱	۰
۳۶	اغلب بدون تفکر به پیامدها و نتایج، خلقالساعه و عجولانه عمل میکنم.	۱	۰
۳۷	بعضی مواقع احساس میکنم هیچ چیز واقعی نیست.	۱	۰
۳۸	بعضی مواقع احساس میکنم بدنم تحلیل میرود و یا بخشی از آن در حال از بین رفتن است.	۱	۰
۳۹	اغلب رویاها و خوابهای ترسناکی دارم.	۱	۰
۴۰	اغلب احساس میکنم دیگران مسخرهام میکنند و یا درباره من حرف میزنند.	۱	۰
۴۱	اغلب به نظر میرسد دیگران با من خصومت دارند.	۱	۰
۴۲	احساس میکنم که دیگران افکار خود را به ذهن من تزریق میکنند.	۱	۰
۴۳	اغلب نمیدانم که واقعاً چه چیزی میخواهم.	۱	۰
۴۴	تاکنون اقدام به خودکشی داشته‌ام.	۱	۰
۴۵	برخی اوقات بر این باورم که بیماری جدی و خطرناکی دارم.	۱	۰
۴۶	معتاد به الکل، مواد و یا قرصهای اعتیاد آورده بودهام؛ اگر صحیح است، یکی از گزینهها را انتخاب نمایید:	۱	۰
۴۸	الف) الکل ب) مواد (شوشگاه علوم روانشناسی) ج) قرص	۱	۰
۴۹	بعضی مواقع احساس میکنم در رویا زندگی میکنم و یا انگار در حال تماشای فیلم زندگیام هستم.	۱	۰
۵۰	اغلب چیزهایی را دزدیده‌ام.	۱	۰
۵۱	اغلب به شدت احساس گرسنگی میکنم، به طوری که هر آنچه را که پیدا میکنم میخورم.	۱	۰

The effectiveness of group therapy of emotions regulation on symptoms of women with borderline personality disorder

Amir. Airzaie¹, Tayebe. Sharifi^{*2}, Ahmad. Ghazanfari¹ & Maryam. Chorami²

Abstract

Aim: This study was aimed to determine the effect of group therapy of emotion regulation on the symptoms of women with a borderline personality disorder.

Methods: This study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and follow-up with experimental and control groups. The study population of this study included 50 women with boundary personality disorder referring to the Tohid psychology clinic in Isfahan. After screening the population with the Personality Questionnaire of Listering (1999) and the borderline personality of Jackson and Claridge (1991), 18 females were selected as the study sample by the purposive sampling method and were randomly assigned to an experimental group (9 women) and a control group (9 women). In this study, the experimental group received eight sessions of the emotion regulation model of Gras (2003) and each session lasted 90 minutes. The repeated-measures analysis of variance was used to analyze the data.

Results: The findings indicated that the emotion regulation is effective on the symptoms of emotional turmoil ($F = 13.00, p = 0.001$), disappointment ($F = 31.25, P = 0.001$), fear of intimacy ($F = 52.30, P = 0.001$) and impulsivity ($F = 71.58, p = 0.001$). Also, this impact was stable in the follow-up stage as well. **Conclusions:** The results indicated that it is better to use group therapy to improve the condition of women with borderline personality disorders.

Keywords: *emotion regulation, borderline personality, emotional turmoil, impulsivity*

1. PhD Student, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

2. ***Corresponding Author:** Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Email: t.sharifi@iaushk.ac.ir