

اثربخشی درمان هیجان مدار بر تنظیم هیجانی و سبک های دلبستگی زنان با اختلال شخصیت مرزی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۰۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۵

خلاصه

مقدمه

ویژگی های مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی و ماهیت پیچیده آن ضرورت به کارگیری درمان های جدید را توجه می نماید. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر تنظیم هیجانی و سبک های دلبستگی زنان با اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز درمانی منطقه یک شهر تهران بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد و با استفاده از روش تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. روش اجرا بدین ترتیب بود که ابتدا هر سه گروه به پرسشنامه تنظیم هیجانی (گراس و جان، ۲۰۰۳) و سبک های دلبستگی (هازن و شیور، ۱۹۸۷) پاسخ دادند. مداخله درمان هیجان مدار در ۱۰ جلسه برای گروه آزمایش اعمال شد. بدین ترتیب داده های پژوهش جمع آوری شد و با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شد.

نتایج

نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار بر بهبود تنظیم هیجانی و سبک های دلبستگی زنان با اختلال شخصیت مرزی تاثیر معنی دار و ماندگاری داشته است ($P < 0/001$).

نتیجه گیری

با بهبود تنظیم هیجانی و سبک های دلبستگی از طریق درمان هیجان مدار، می توان سلامت روان زنان با اختلال شخصیت مرزی را افزایش داد.

کلمات کلیدی

اختلال شخصیت مرزی، تنظیم هیجانی، سبک های دلبستگی، درمان هیجان مدار

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

مریم افسر^۱

فریبا حسنی*^۲

ولی الله فرزاد^۳

فاطمه گلشنی^۴

۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳ استاد گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران.

۴ استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

* استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email: hassani.fariba@gmail.com

مقدمه

اختلال شخصیت مرزی یک اختلال روانی پیچیده با الگوی فراگیر بی‌ثباتی عاطفی، تعارض در روابط بین فردی و رفتارهای خود مخرب است که از اوایل بزرگ سالی آغاز می‌شود (۱). شیوع این اختلال بیش از ۶ درصد تخمین زده شده و حدود ۲۳ درصد از بیماران سرپایی با معیارهای تشخیصی را شامل می‌شود و اعتقاد بر این است که زنان بیش از مردان به آن مبتلا می‌شوند (۲). اهمیت مطالعه این اختلال چنان است که در هسته اصلی آن، بسیاری از معیارهای تشخیصی DSM V از جمله، بی‌ثباتی عاطفی، رفتارهای تکانشی، نقص خودپنداره و هویت، رفتارهای انتحاری، احساس خلاء و پوچی مزمن، خشم شدید و افکار پارانوئید موقت دیده می‌شود که اغلب با یکی از اختلالات بالینی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال دوقطبی، بیش‌فعالی، اتیسم، بی‌اشتهایی، جوع و اسکیزوفرنی همراه است (۳). در همین راستا، نتایج پژوهش‌ها نیز بیانگر وجود نوسانات شدید خلقی و الگوی رفتاری ویژه در مبتلایان به شخصیت مرزی است (۴).

در سبب‌شناسی این اختلال عوامل ژنتیکی، آسیب‌های دوران کودکی و تعاملات معیوب والد فرزندی مطرح شده است (۵). بروز هیجان‌ات غیرکنترل شده با اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی و خودشیفته رابطه دارد (۶). همچنین گزارش شده است که دشواری در تنظیم هیجان با اختلال‌های ضداجتماعی نمایشی و مرزی رابطه دارد (۷). در یک مطالعه دیگر نیز ارتباط سبک‌های تنظیم هیجان با اختلال شخصیت مرزی را گزارش شده است (۸). معیارهای تشخیصی این اختلال به ترتیب مندرج در DSM 5 به تفصیل به شرح زیر می‌باشند، که چنانچه بیماری از اوایل بزرگسالی لاقلاً پنج مورد از نه

ملاک تشخیصی را داشته باشد، می‌توان تشخیص اختلال مرزی را در موردش مطرح نمود (۹).

براساس نظریه درمان تنظیم هیجان اگرچه عوامل زیادی ممکن است در به وجود آمدن آشفتگی افراد مرزی اثر داشته باشد، ولی عمده‌ترین عامل، دلبستگی نایمن است که برای کودک در حال رشد آسیب زنده بوده و به آن اختلال "تروماهای چندگانه" می‌گویند. دلبستگی غیرامن فرایند پاسخ‌دهی و تعهد هیجانی را دچار پیچیدگی می‌کند و مسیری را برای جذب حالت‌های عاطفی منفی و تعاملات بسته فراهم می‌کند. درمان تنظیم هیجان به افراد یاری می‌رساند. واقعیت‌های عاطفی داخلی و پاسخ‌های تعاملی و پاسخ‌های محدود تعاملی کمک می‌کند، تا توجه خود را به رسمیت بشناسند و توجه بیشتری به اهمیت برجسته هیجان و ارتباطات عاطفی در سازماندهی الگوهای تعاملی و تجربیات کلیدی و به جای هیجان، بخشی از مشکلات و مسائل روانی را به عنوان یک عامل (تغییر قوی) تاکید می‌کند. به همین جهت مطالعه هیجان همچنان تداوم دارد و مشارکت هیجانی در آشفتگی و ماهیت هیجانی دلبستگی‌های انسانی نقش دارد (۱۰). اما درمان تنظیم هیجان همواره بر مشارکت هیجانی پردازش مجدد تجربه و تجارب اصلاحی هیجانی متمرکز می‌شود، تا آموزش پی در پی ایجاد مهارت‌ها و یا ایجاد بینش گردد. ارتباط نظریه دلبستگی واضح‌تر شده و بیش از پیش در تبیین مداخلات و فرایند تغییر درمان تنظیم هیجان ریشه دوانیده است و به بخش ضروری از درمان تنظیم هیجان تبدیل شده است و نقشه‌ای به دست می‌دهد، که تمامی این جریان تحت عنوان یک فرایند دلبستگی در نظر گرفته می‌شود و خلق یک دلبستگی و پیوند ایمن هدف نهایی درمان تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهد. بر طبق نظریه درمان تنظیم هیجان با فرض نایمن

و دوسوگرا بودن سازمان روانی افراد مرزی، آشفتگی های هیجانی، ادراک طردشدگی و سبک دلبستگی ایشان را با بهبود یک دلبستگی و پیوند ایمن، مشارکت و تجارب اصلاحی هیجانی، می توان در ایشان بهبود بخشید (۱۱).

رویکرد هیجان مدار یک رویکرد یکپارچه نگر، چند بعدی و مبتنی بر نظریه تکنیک و مشاهدات پژوهشی است که از چندین مدل و روش درمانی از جمله درمان رفتاری، مصاحبه انگیزشی و درمان مبتنی بر هیجان گرینبرگ برگرفته شده است (۱۲).

گرینبرگ و جانسون دو هدف اصلی درمان هیجان مدار را، رسیدن به درک درست از تجارب هیجانی و تحولات در وضعیت دلبستگی که افراد در تعاملاتشان دارند، عنوان کردند اما در حالت کلی سه هدف اساسی روش هیجان مدار مورد تأکید قرار گرفته است: اول) ایجاد پیوند و رابطه درمانی که درمانگر با برقراری رابطه ایمن با افراد و حمایت لازم در محیط درمانی را برای آنها ایجاد می کند. دوم) تغییر و تنظیم هیجانها که از طریق تسهیل ابراز هیجانی، الگوهای دلبستگی و مشکل آفرین را تغییر می دهد. سوم) بازسازی الگوهای تعاملی دلبستگی اصلی و سازماندهی مجدد تعاملاتی که در اثر آشفتگی فردی بر اثر طرد و رهاشدگی ادراکی و ارتباطی رشد پیدا کرده و تداوم یافته اند، که این شیوه درمانی برای ایجاد احساس دلبستگی مجدد به طور ایمن و احساس تعلق و امنیت خاطر استفاده می شود (۱۳). از آنجایی که اهداف درمانی در درمان تنظیم هیجان، تمرکز بر دغدغه های دلبستگی نظیر اعتماد، امنیت، تمرکز بر خود، تماس و موانع موجود بر سر راه این موارد است و تصور نمی شود که آشفتگی و آسیب پذیری ها، ناشی از نقایص شخصیتی باشند و شناسایی سبک دلبستگی و ترمیم آن محور درمان است، ملاک اجتناب از طرد و رهاشدگی واقعی یا خیالی در افراد اختلال مرزی به عنوان علامت اصلی دلبستگی نا ایمن اولیه در نظریه درمان تنظیم هیجان مفهوم سازی

شده است (۱۴). درمان تنظیم هیجان موجب گسست افسردگی بالینی در زنانی شده است که به آشفتگی زناشویی نیز دچار بودند (۱۵). مرور پژوهش ها نشان می دهد که درمان هیجان مدار بر اختلال های پرخوری بیماران (۱۶) و امید و افکار خودآیند منفی (۱۷) موثر بوده است.

رویکرد هیجان مدار بر بیماران شخصیت مرزی موثر است (۱۸-۱۹) اما پژوهشی که به تاثیر آن بر تنظیم هیجانی و سبک های دلبستگی پرداخته باشد، یافت نشد. به دلیل وجود این شکاف پژوهشی و همچنین مسائل روانشناختی مبتلایان به اختلال شخصیت مدرزی و شیوع این اختلال در جوامع کنونی، پژوهش حاضر به دنبال این مسئله است که درمان هیجان مدار بر تنظیم هیجانی و سبک های دلبستگی زنان با اختلال شخصیت مرزی چه تاثیری دارد؟

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش های کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل به همراه یک دوره آزمون پیگیری است. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز درمانی منطقه یک شهر تهران بود. از آنجایی که در پژوهش حاضر هدف اطمینان از این مساله است که تا جای ممکن اثر بخشی مداخلات مورد بررسی قرار گیرد لذا از نمونه گیری غیر تصادفی و دردسترس استفاده گردید. به این منظور طی یک فراخوان افرادی که شرایط شرکت در پژوهش را داشته باشند بصورت داوطلبانه فراخوانده شدند ۳۰ نفر از افراد مایل به شرکت در پژوهش انتخاب گردید و بصورت تصادفی در گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شد؛ مکان اجرای پژوهش، کلینیک مشاوره طلیعه مهر، زیر نظر سازمان بهزیستی استان تهران، واقع در خیابان قیصریه بود. ملاک های ورود به برنامه مداخله عبارتند از دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی بر اساس (SCID-

II)، میانگین سن بین ۲۰-۴۰ ساله (جوان) و تحصیلات حداقل دیپلم، عدم دریافت درمان روانشناختی دیگر در زمان تشخیص، اختلال روانپزشکی حاد و همبود دیگری نداشته باشند و رعایت اخلاق پژوهشی. ملاک‌های خروج از برنامه شامل اعتیاد و وابستگی به مواد یا الکل و قرار داشتن در معرض مسمومیت دارویی یا ترک دارو، معلولیت جسمانی و حرکتی و بیماری‌های جسمانی خاص به تشخیص پزشک و سابقه روان گستگی، آشفتگی بنابه تشخیص روان‌پزشک بود. روش اجرا بدین ترتیب بود که زنان پس از فراخوان در سه گروه قرار گرفته و سپس برای هر سه گروه (آزمایشی ۱، آزمایشی ۲ و کنترل) پیش‌آزمون تنظیم هیجانی و سبک‌های دلبستگی اجرا گردید، سپس طرح مداخله هیجان‌مدار برای گروه آزمایشی ارائه شد اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله‌ای اعمال نشد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه‌های آزمایشی، پس‌آزمون پرسشنامه‌های پژوهش برای هر سه گروه اجرا شد. سپس به منظور سنجش پایداری نتایج، آزمون پیگیری دو ماه پس از اتمام دوره گرفته شد و داده‌های به دست آمده از این سه آزمون با استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار

مقیاس سبک‌های دلبستگی: این مقیاس که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن^۱ و شیور^۲ (۲۰) ساخته شده است. دارای سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا بر حسب ۲۱ سوال در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (هیچ=۱؛ کم=۲؛ متوسط=۳؛ زیاد=۴؛ و خیلی زیاد=۵) از هم متمایز می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از زیر مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و

دوسوگرا در مورد نمونه دانشجویی دختر به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۱، و ۰/۶۹؛ و برای نمونه دانشجویی پسر ۰/۷۳، ۰/۷۱، ۰/۷۲ بود که نشانه همسانی درونی مقیاس دلبستگی بزرگسال می‌باشد. در قسمت دوم، آزمودنی با انتخاب یک گزینه از سه گزینه ای که سه نوع دلبستگی را توصیف می‌کند، سبک دلبستگی خود را مشخص می‌کند. ضریب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو قسمت مقیاس برای آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۷ بود. اعتبار محتوایی مقیاس دلبستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های چهار نفر از متخصصان روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج بدست آمده ضرایب همبستگی از ۰/۷۳ تا ۰/۷۶ برای سبک دلبستگی ایمن، از ۰/۶۰ تا ۰/۷۶ برای سبک دلبستگی اجتنابی و از ۰/۶۳ تا ۰/۸۷ برای سبک دلبستگی دوسوگرا محاسبه شد که همه در سطوح آلفای ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار بود. در پژوهش حاضر میزان پایایی ابزار فوق براساس آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شده است (۲۱).

پرسشنامه تنظیم هیجان: این پرسشنامه توسط گراس و جان به منظور اندازه‌گیری تنظیم هیجان تنظیم شده است. که مشتمل بر دو خرده مقیاس "ارزیابی مجدد" با ۶ گویه و "سرکوبی با ۴ گویه می‌باشد. شرکت کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند. در پژوهش گراس و جان همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ بدست آمده است (۲۲). در ایران آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی ۰/۷۹ به دست آمد (۲۳).

1 Hazan

2 Shaver

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان هیجان مدار (۲۴)

ردیف	محتوا
جلسه اول	معارفه و برقراری ارتباط (راپورت)، ارزیابی اولیه ماهیت مشکل، ارزیابی انتظارات و نگرانی های مراجعان، مفهوم سازی مشکل و ارائه منطق درمان و آشنایی با قوانین کلی درمان، اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	کشف تعاملات مشکل دار و تشخیص چرخه تعاملات منفی، ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی، ایجاد توافق درمانی
جلسه سوم	باز کردن تجربه های برجسته مربوط به دلبستگی، پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی، روشن کردن پاسخ های هیجانی کلیدی، پذیرش چرخه تعامل توسط مراجعان
جلسه چهارم	ابراز هیجانها، پذیرش هیجانها، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی، ارتقای روش های تعامل
جلسه پنجم	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نماد گذاری آرزوها، کشف راحل های جدید برای مشکلات قدیمی
جلسه ششم	درگیری صمیمانه مراجعان با درمانگر، پذیرش وضعیت های جدید، ساختن داستانی شاد
جلسه هفتم	تاکید بر اهمیت بیان خواسته ها و نیازها، استفاده از تکنیک ردیابی و انعکاس مواجهه اعضا با سبک های دلبستگی شان
جلسه هشتم	کمک به فرد جهت تمرکز بر خود، تعیین و تشویق نیازهای فرد
جلسه نهم	جهت دهی و طراحی تعاملات بین فرد با دیگران جایگزینی چرخه تعاملات مثبت به جای چرخه منفی، کشف، راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی
جلسه دهم	خلاصه و مرور مطالب جلسات توسط فرد، برقراری گفتگوهای تعاملی، صمیمی و سازنده، باز گرداندن تغییرات به فرد

نتایج

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تنظیم هیجان در سه مرحله اندازه گیری به تفکیک گروه

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
کنترل	ارزیابی مجدد	۴,۰۵	۳۶,۲۶	۳,۵۷	۳۴,۴۰	۳,۲۰۲
	سرکوبی	۳,۴۶۸	۱۹,۹۳	۳,۸۰۷	۱۸,۸۲	۲,۵۹۶
درمان هیجان مدار	ارزیابی مجدد	۳,۴۳	۲۱,۵۳	۴,۴۲	۱۸,۴۱	۱,۰۵۵
	سرکوبی	۲,۰۸۶	۱۲,۵۳	۲,۹۲۴	۱۰,۵۳	۳,۲۲۶

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تنظیم هیجانی و سبک های دلبستگی در سه مرحله اندازه گیری به تفکیک گروه

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
کنترل	سبک دلبستگی ایمن	۱,۰۵۳	۱۲,۳۳	۲,۲۲۵	۱۱,۱۳	۱,۶۸۴
	سبک دلبستگی اجتنابی	۳۸,۱۳	۳۷,۲۶	۳۶,۲۰	۳۷,۸۱	۱,۷۴۱
	سبک دلبستگی دوسوگرا	۳۸,۳۳	۳۷,۲۶	۲,۰۱	۳۷,۸۰	۱,۷۴۱
درمان هیجان مدار	سبک دلبستگی ایمن	۱۰,۸۶	۳۲,۲۰	۱,۹۷۱	۳۴,۰۵	۳,۲۷۳
	سبک دلبستگی اجتنابی	۳۶,۱۳	۱۰,۰۶	۱,۶۲۴	۱۱,۴۰	۲,۰۶۳
	سبک دلبستگی دوسوگرا	۳۸,۶۱	۱۰,۲۵	۱,۶۰۳	۹,۶۳	۱,۵۰۲

پیش فرض‌های مهم این آزمون آماری مورد بررسی قرار گرفت. پیش فرض‌های استفاده از اندازه‌گیری مکرر با استفاده از آزمون کالموگراف اسمیرنوف، آزمون لوین و آزمون موخلی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که هر سه مفروضه آزمون مذکور برقرار بودند. یعنی استفاده از تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل داده‌های این پژوهش بلامانع بود.

همانطور که جدول ۳ مشخص است میانگین تنظیم هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی گروه‌های آزمایش (درمان هیجان‌مدار) در مرحله پس‌آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته است و بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت محسوس نیست؛ اما در نمرات سه نوبت آزمون گروه کنترل تفاوت خیلی جزئی بود. در ادامه به یافته‌های استنباطی با استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر پرداخته می‌شود. قبل از استفاده از آزمون،

جدول ۴. نتایج آزمون چند متغیری برای مقایسه تنظیم هیجان دو گروه کنترل و درمان هیجان‌مدار

اندازه اثر	سطح معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	F	مقادیر	اثر
۰,۳۲۹	/۰۰۱	۱۰۸	۴	۱۸,۲۷	۰,۷۵۵	اثر پیلایی
۰,۶۲۷	/۰۰۱	۱۱۹	۴	۲۴,۵۱۷	۰,۲۳۵	لامبدای ویلکز
۰,۷۴۴	/۰۰۱	۱۲۴	۴	۴۱,۰۵۸	۳,۵۷۷	اثر هتلینگ
۰,۸۱۱	/۰۰۱	۴۹	۲	۷۴,۱۴۷	۳,۹۸۱	بزرگترین ریشه روی
۰,۴۷۵	/۰۰۱	۱۵۲	۴	۱۵,۰۷۴	۰,۷۱۱	اثر پیلایی
۰,۴۴۷	/۰۰۱	۱۳۴	۴	۱۹,۰۵۷	۰,۴۱۷	لامبدای ویلکز
۰,۴۸۷	/۰۰۱	۱۳۲	۴	۲۴,۰۷۴	۱,۸۵۵	اثر هتلینگ
۰,۷۱۸	/۰۰۱	۷۴	۲	۲۸,۵۱۴	۱,۸۱۷	بزرگترین ریشه روی

و همین‌طور اثر تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری) است. به منظور مقایسه زوجی میانگین نمرات در طی مراحل اندازه‌گیری، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

در جدول ۴ نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات تنظیم هیجان دو گروه کنترل و درمان هیجان‌مدار در طی مراحل درمان، ارائه شده است. اطلاعات مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد که تمامی آزمون‌های چندمتغیری معنی‌دار هستند که این موضوع بیانگر وجود اثر اصلی مربوط به عامل تکرار (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

جدول ۵. آزمون تعقیبی بن‌فرونی

گروه	متغیر وابسته	مرحله	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
کنترل	ارزیابی مجدد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰,۵۷۴	۰,۳۷۴	۰,۲۸۷
		پس‌آزمون	پیگیری	۰,۰۰۳	۰,۴۱۷	۱
سرکوبی	پس‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	۰,۶۴۱	۰,۲۸۴	۰,۱۶۲
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰,۶۵۷	۰,۴۱۵	۰,۲۷۴
کنترل	سرکوبی	پیش‌آزمون	پیگیری	۰,۴۷۱	۰,۳۸۷	۰,۸۵۵
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰,۳۴۷	۰,۴۷۵	۱

۰,۰۰۵	۰,۴۸۸	-۴,۵۱۲	پس آزمون	پیش آزمون	ارزیابی مجدد
۰,۰۰۷	۰,۴۱۸	-۲,۵۴۷	پیگیری		
۰,۰۳۸	۰,۳۴۷	۰,۸۴۷	پیگیری	پس آزمون	درمان هیجان
۰,۰۰۷	۰,۴۱۷	۳,۰۰۴	پس آزمون		مدار
۰,۰۰۹	۰,۳۷۸	۲,۱۴۷	پیگیری	پیش آزمون	سرکوبی
۰,۰۱۵	۰,۴۲۸	-۱,۳۴۱۸	پیگیری	پس آزمون	

در جدول ۵ مقایسه های زوجی جهت بررسی تفاوت بین نمرات تنظیم هیجان در طی مراحل درمان، برای هر یک از گروه های کنترل و درمان هیجان مدار آورده شده است. براساس نتایج بدست آمده در گروه درمان هیجان مدار تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس آزمون با نمرات پیگیری معنی دار نیست ($p > 0.05$).

جدول ۶. نتایج آزمون چند متغیری برای مقایسه سبک دلبستگی دو گروه کنترل و درمان هیجان مدار

اثر	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰,۸۱۱	۱۲,۵۴۷	۶	۱۲۴	/۰۰۱	۰,۴۴۷
لامبدای ویلکز	۰,۱۹۸	۲۴,۰۰۵	۶	۱۳۴	/۰۰۱	۰,۶۲۷
اثر هتلینگ	۶,۲۱۴	۲۴,۵۱۷	۶	۱۱۷	/۰۰۱	۰,۸۲۴
بزرگترین ریشه روی	۶,۲۷۴	۸۴,۵۶۷	۳	۳۴	/۰۰۱	۰,۸۷۲
اثر پیلایی	۰,۷۵۸	۱۲,۵۴۷	۶	۱۱۷	/۰۰۱	۰,۳۶۸
لامبدای ویلکز	۰,۲۹۸	۱۶,۲۵۸	۶	۱۲۷	/۰۰۱	۰,۴۳۷
اثر هتلینگ	۲,۸۷۴	۲۴,۵۱۷	۶	۱۳۷	/۰۰۱	۰,۶۲۴
بزرگترین ریشه روی	۲,۳۴۷	۳۹,۵۱۷	۳	۴۷	/۰۰۱	۰,۶۰۷

در جدول ۶ نتایج آزمون های چند متغیری جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات سبک های دلبستگی دو گروه کنترل و درمان هیجان مدار در طی مراحل درمان، ارائه شده است. اطلاعات مندرج در جدول فوق نشان می دهد که تمامی آزمون های چند متغیری معنی دار هستند که این موضوع بیانگر وجود اثر اصلی مربوط به عامل تکرار (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و همین طور اثر تعاملی بین گروه ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه ها در طی مراحل اندازه گیری) است. به منظور مقایسه زوجی میانگین نمرات در طی مراحل اندازه گیری، از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

جدول ۷. آزمون تعقیبی بن فرونی

گروه	متغیر وابسته	مرحله	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
کنترل	دلبستگی ایمن	پیش آزمون	پس آزمون	-۰,۵۱۴	۰,۳۷۹	۰,۴۵۸
		پیگیری		-۰,۳۴۷	۰,۴۱۸	۰,۸۴۹

۱	۰,۴۷۱	۰,۲۴۷	پیگیری	پس آزمون		
۰,۴۱۷	۰,۶۲۴	۰,۸۵۴	پس آزمون	پیش آزمون		
۰,۵۸۷	۰,۴۳۷	۰,۶۲۱	پیگیری		دلبستگی اجتنابی	
1	۰,۴۱۸	-۰,۳۱۷	پیگیری	پس آزمون		
۰,۲۰۴	۰,۴۱۷	۰,۸۴۷	پس آزمون	پیش آزمون		
۰,۳۷۹	۰,۴۰۸	۰,۶۲۸	پیگیری		سبک دوسوگرا	
۱	۰,۳۳۷	-۰,۱۳۹	پیگیری	پس آزمون		
/۰۰۱	۰,۳۹۹	-۳,۵۴۷	پس آزمون	پیش آزمون		
/۰۰۱	۰,۳۸۴	-۲,۵۵۸	پیگیری		دلبستگی ایمن	
۰,۱۳۷	۰,۴۱۹	۰,۸۵۹	پیگیری	پس آزمون		
۰,۰۰۸	۰,۵۲۷	۳,۹۴۷	پس آزمون	پیش آزمون		
۰,۰۰۸	۰,۴۱۸	۳,۳۶۹	پیگیری		دلبستگی اجتنابی	درمان هیجان مدار
۰,۱۸۴	۰,۴۱۸	-۰,۸۸۹	پیگیری	پس آزمون		
۰,۰۰۸	۰,۴۱۸	۴,۵۹۱	پس آزمون	پیش آزمون		
۰,۰۰۵	۰,۴۱۵	۲,۳۸۴	پیگیری		سبک دوسوگرا	
۰,۰۱۸	۰,۳۴۱	-۰,۷۴۵	پیگیری	پس آزمون		

بین نمرات مرحله پس آزمون با نمرات پیگیری معنی دار نیست ($p > 0.05$).

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر تنظیم هیجانی و سبک های دلبستگی زنان با اختلال شخصیت مرزی انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که درمان هیجان مدار تنظیم هیجانی و سبک دلبستگی ایمن را به طور معنی داری افزایش داده و سبک های دلبستگی نایمن را کاهش داده است. این نتیجه با پژوهش های (۱۶-۱۷-۱۸-۱۹) همسو بود.

در جدول ۷ مقایسه های زوجی جهت بررسی تفاوت بین نمرات سبک های دلبستگی در طی مراحل درمان، برای هر یک از گروه های کنترل و درمان هیجان مدار آورده شده است. براساس نتایج بدست آمده در گروه درمان هیجان مدار تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری برای هر سه سبک دلبستگی معنی دار می باشد اما تفاوت بین نمرات مرحله پس آزمون با نمرات پیگیری تنها برای سبک دوسوگرا معنی دار است و برای سبک های ایمن و اجتنابی معنی دار نمی باشد. در گروه کنترل نیز تفاوت بین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت

اتحاددرمانی و اعتباربخشی به تجربه توانستند کمک شایانی به بهبود تنظیم هیجانی و سبک های دلبستگی زنان حاضر در این پژوهش کرد. بعلاوه، اجرای فن صندلی خالی و گفت و گویای ناتمام با فرد آسیب رسان و بررسی و به چالش کشیدن افکار ناکارآمد سهم عمده‌ای در کاهش استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجانی و افزایش راهبردهای مثبت در زنان مبتلا به شخصیت مرزی شرکت کننده در مطالعه حاضر ایفا کرد.

همچنین می‌توان گفت که مداخله مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بیشتر بر برقراری ارتباطات و هیجان‌ات در روابط طرفین تمرکز دارد که در این پژوهش، ارتباط میان زنان با اجتماع مطرح بود. مطابق با این رویکرد، اگر افراد قادر نباشند، نیازهای دلبستگی خود را در حیطه‌های رضامندی و امنیت با یکدیگر در میان بگذارند، تعارضات ارتباطی شروع شده و شدت می‌گیرد (۲۷). تاکید این رویکرد بر روش ارتباط سازگارانه، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود فرد و طرف مقابل است. این رویکرد با استفاده از تکنیک‌هایی مثل بررسی روابط بین فردی، تمرکز بر هیجان‌ات، تکنیک صندلی خالی و همچنین ردگیری هیجان‌ات شناخته شده می‌تواند بر مشکلات ارتباطی تاثیر مثبت گذاشته و در نتیجه مشکلات تنظیم هیجانی و سبک های دلبستگی را در زنان مبتلا به شخصیت مرزی کاهش دهد.

مهمترین محدودیت این پژوهش استفاده از نمونه گیری غیر تصادفی بود. از آنجایی که روش نمونه گیری در مطالعه حاضر، روش نمونه گیری در دسترس بود، و همچنین این پژوهش بر روی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در تهران، انجام شد، لذا در تعمیم نتایج پژوهش به جامعه و به زنان سایر شهرها باید احتیاط شود. با توجه به اینکه پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش از نوع خودگزارشی بودند، لذا ممکن است این مسئله بر نتایج بی تاثیر نبوده باشد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر روی زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی سایر شهرها نیز اجرا شود، تا بتوان نتایج آنها را با نتیجه پژوهش حاضر مقایسه کرد و نتایج را به جامعه بزرگتری تعمیم داد. در پژوهش های آتی، برخی متغیرهای مداخله گر از جمله وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی حتی الامکان کنترل

در تبیین این نتایج باید به این نکته اشاره کرد، که در واقع هیجان‌ات از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران، تعامل اجتماعی و ایجاد و قطع رابطه با دیگران سودمند واقع گردند (۲۵). اما تعدیل و تنظیم آنها از طریق آموزش‌های روان‌شناختی مانند رویکرد هیجان مدار می‌تواند، نقش مؤثری بر کنترل عملکردهای مخرب افراد داشته باشد؛ زیرا هیجان‌ها به عنوان راه‌حل‌هایی برای مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات فرددی عمل می‌کنند (۲۶)، به عبارت دیگر، چون هیجان‌ات نقش مهمی در فرددی ایفا می‌کنند و آموزش این روش‌ها به افراد که دارای اختلال شخصیت مرزی هستند، به منظور تنظیم هیجان به عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجان‌ات، با پذیرش و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط‌اند، که باعث مراقبه مؤثر با موقعیت‌های وسوسه آمیز و استرس‌زا شده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد. بنابراین، آموزش هیجان مدار می‌تواند، با آگاه نمودن فرد از هیجان‌ات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آنها، نقش مهمی در کاهش رفتارهای مخرب و افزایش رفتارهای مطلوب برای جلوگیری از واکنش‌های هیجانی را داشته باشد. یکی از پیش فرض‌های رویکرد هیجان مدار آن است که جلوگیری از ابراز هیجان‌های اولیه موجب آسیب زدن به مرزگذاری سالم، خشم ناشی از احترام قائل شدن به خود و سوگواری در مواقع لازم می‌شود؛ همچنین پردازش کافی و مناسب هیجان‌های حل نشده، تبدیل و استحاله آن را در پی دارد، گرینبرگ پیشنهاد کرد که در خلال درمان گاهی لازم است مراجعان به صحبت کردن درباره خیال پردازیه ایشان درباره انتقام گیری ترغیب شوند (۲۴)، بنابراین اجرای صندلی خالی و گفتوگو با فرد آسیب رسان و انتقام خیالی از فرد آسیب رسان موجب رهاشدگی از احساس‌های درخودفرورفتگی شد. از طرف دیگر سازوکار اصلی تغییر در روان درمانی هیجان مدار عبارت است از پردازش هیجانی و فرایندهای مبرم معناسازی. از دیدگاه هیجان مدار تغییر هنگامی روی می‌دهد که عواطف فرد از طریق آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب و دگرگونی هیجان معنا می‌یابد (۱۲)؛ همه این عوامل در بستر رابطه‌ای همراه با همدلی،

شوند و یا به عنوان یک متغیر وارد پژوهش گردند و اثر آنها نیز سنجیده شود. در نهایت پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، این پژوهش بر روی مردان نیز اجرا شود تا بتوان نتایج را مقایسه نمود و تعمیم بیشتری داد.

Reference

1. Chalker SA, Carmel A, Atkins DC, Landes SJ, Kerbrat, AH, Comtois KA. Examining challenging behaviors of clients with borderline personality disorder. *Behav Res Ther* 2015; 75: 11-19. doi: 10.1016/j.brat.2015.10.003.
2. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD. [Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions]. *J Clin Psychiatr* 2008; 69: 533-45.
3. Ganji M. *Psychopathology according to the DSMV*. 2th ed. Tehran Savalan Publication. 2014; P.231.
4. Marwaha S, He Z, Broome M, Singh SP, Scott J, Eyden J. [How is affective instability defined and measured? A systematic review]. *Psychol Med* 2013; 44: 1793-808. doi: 10.1017/S0033291713002407.
5. Kaplan, C., Tarlow, N., Stewart, J. G., Aguirre, B., Galen, G., & Auerbach, R. P. (2016). Borderline personality disorder in youth: The prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. *Comprehensive psychiatry*, 71, 86-94.
6. Moran, L. R., Kaplan, C., Aguirre, B., Galen, G., Stewart, J. G., Tarlow, N., & Auerbach, R. P. (2018). Treatment effects following residential dialectical behavior therapy for adolescents with borderline personality disorder. *Evidence-based practice in child and adolescent mental health*, 3(2), 117-128.
7. Fernández-Dols, J. M., Carrera, P., & Crivelli, C. (2011). Facial behavior while experiencing sexual excitement. *Journal of Nonverbal Behavior*, 35(1), 63-71.
8. Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Belvederi Murri, M., Erbuto, D., ... & Amore, M. (2017). The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 8, 149.
9. Sadock, E. (2015). *Evaluation of psychological services for anxiety and depression provided in a university-based primary care clinic*. Virginia Commonwealth University.
10. Mohebi, S., Shokri, O., Pourshahriar, H. Effect of Resilience Education on Cognitive Appraisals, Coping and Emotions. , 2018; 15(57): 83-99.
11. Greenberg, L. S., & Goldman, R. N. (2019). *Clinical handbook of emotion-focused therapy* (pp. xiv-534). American Psychological Association.
12. Foroughe M, Stillar A, Goldstein L, Dolhanty J, Goodcase ET, Lafrance A. Brief emotion focused family therapy: An intervention for parents of children and adolescents with mental health issues. *Journal of marital and family therapy*. 2019 Jul;45(3):410-30.
13. Weisberg PJ, Dilts TE, Greenberg JA, Johnson KN, Pai H, Sladek C, Kratt C, Tyler SW, Ready A. Phenology-based classification of invasive annual grasses to the species level. *Remote Sensing of Environment*. 2021 Sep 15;263:112568.
14. Wiesel I, Shahar B, Goldman RN, Bar-Kalifa E. Accuracy and Bias in Vulnerability Perceptions of Partners Undergoing Emotion-Focused Therapy for Couples. *Family process*. 2021 Jun;60(2):377-92.
15. Shenal BV, Harrison DW, Demaree HA. The neuropsychology of depression: a literature review and preliminary model. *Neuropsychology review*. 2003 Mar;13(1):33-42.
16. Glisenti, K., Strodl, E., King, R., & Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-15.
17. Mahmoudvandi Baher E, Falsafinejad M, Khodabakhshi koulaei A. The effectiveness of emotion group therapy on negative spontaneous hopes and thoughts of divorced women. *Social health*. 2018; 5 (1): 67-76.
18. Pos AE, Greenberg LS. Organizing awareness and increasing emotion regulation: Revising chair work in emotion-focused therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2012 Feb;26(1):84-107.
19. Warwar SH, Links PS, Greenberg L, Bergmans Y. Emotion-focused principles for working with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*. 2008 Mar 1;14(2):94-104.
20. Hazan C, Shaver PR. Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and social Psychology*. 1990 Aug;59(2):270.
21. Nazari Chegani, A., Behroozi, N., Hashemi Sheykh Shabani, S., Mehrabizadeh Honarmand, M. The Relationship of Attachment Styles with Depression and Life Satisfaction with Mediating Role of Social Support and Optimism in Female Students of SCU. *Psychological Achievements*, 2012; 19(2): 81-100.
22. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003 Aug;85(2):348.

23. Bigdeli I, Najafy M, Rostami M. The Relation of Attachment Styles, Emotion Regulation, and Resilience to Well-being among Students of Medical Sciences . Iranian Journal of Medical Education. 2013; 13 (9) :721-729
24. Greenman, P. S., Johnson, S. M., & Wiebe, S. (2019). Emotionally focused therapy for couples: At the heart of science and practice.
25. Teo J, Chia JT. EEG-based excitement detection in immersive environments: An improved deep learning approach. In AIP Conference Proceedings 2018 Sep 26 (Vol. 2016, No. 1, p. 020145). AIP Publishing LLC.
26. Plener PL, Bubalo N, Fladung AK, Ludolph AG, Lulé D. Prone to excitement: Adolescent females with non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. Psychiatry Research: Neuroimaging. 2012 Aug 1;203(2-3):146-52.
27. Wiebe SA, Elliott C, Johnson SM, Burgess Moser M, Dalgleish TL, Lafontaine MF, Tasca GA. Attachment change in emotionally focused couple therapy and sexual satisfaction outcomes in a two-year follow-up study. Journal of Couple & Relationship Therapy. 2019 Jan 2;18(1):1-21.

*Original Article***The Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Emotional Regulation and Attachment Styles of Women With Borderline Personality Disorder**

Received: 25/01/2022 - Accepted: 16/03/2022

Maryam Afsar¹
 Fariba Hassani*²
 Valiollah Farzad³
 Fatemeh Golshani⁴

¹ PhD Student, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

³ Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

* Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: hassani.fariba@gmail.com

Abstract

Introduction: The characteristics of borderline personality disorder and its complex nature justify the necessity of using new treatments. This research was conducted with the aim of determining the effectiveness of emotion focused therapy on emotional regulation and attachment styles of women with borderline personality disorder.

Method: The present study was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the study included women suffering from borderline personality disorder who referred to the medical centers of the first district of Tehran. In this research, 30 people were selected as the research sample using available sampling method and were replaced in two groups using random method. The implementation method was as follows: first, all three groups responded to the emotional regulation questionnaire (Gross and John, 2003) and attachment styles (Hazan and Shaver, 1987). Emotional therapy intervention was applied in 10 sessions for the experimental group. In this way, the data of the research was collected and analyzed using the method of variance analysis with repeated measurements.

Results: The results showed that emotion focused therapy had a significant and lasting effect on improving emotional regulation and attachment styles of women with borderline personality disorder ($p < 0.001$).

Conclusion: by improving emotional regulation and attachment styles through emotional focused therapy, the mental health of women with borderline personality disorder can be increased.

Keywords: borderline personality disorder, emotional regulation, attachment styles, emotion focused therapy

conflict of interest: There is no conflict of interest.