

اثربخشی روان تحلیل گری با رویکرد پویایی - ارتباط بر افکار خود کشی و خودانگاره نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۰

خلاصه

مقدمه: اختلال شخصیت مرزی از آن دسته اختلالاتی است که روند زندگی عادی مبتلایان را دچار آسیب نموده و آنان را با افکار خودکشی مواجه می‌سازد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان تحلیل گری با رویکرد پویایی - ارتباط بر افکار خودکشی و خودانگاره نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش را نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر تهران در طی ۶ ماهه دوم در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. در این پژوهش تعداد ۳۲ نوجوان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه گواه). افراد حاضر در گروه آزمایش روان تحلیل گری با رویکرد پویایی - ارتباط را طی هشت هفته در شانزده جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه افکار خودکشی (STQ)، پرسشنامه خودانگاره (SCQ) و پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (BPDQ) استفاده شد. داده های با تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم افزار آماری SPSS²³ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که روان تحلیل گری با رویکرد پویایی - ارتباط بر افکار خودکشی ($P < 0/0001$) و خودانگاره ($P < 0/0001$) نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تأثیر معنادار دارد. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های پژوهش می توان چنین نتیجه گرفت که روان تحلیل گری با رویکرد پویایی - ارتباط با متمرکز شدن دقیق و کامل روی عواطف بیمار، استفاده از اظهارات همدلانه، انعکاس کلمات بیمار، تمرکز کردن روی تجربه مملو از عاطفه، کاوش نشانه های جسمی درونی، بازتعریف خود و پذیرش تجربه می تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت کاهش افکار خودکشی و بهبود خودانگاره نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: افکار خودکشی، خودانگاره، اختلال شخصیت مرزی، روان تحلیل گری، رویکرد پویایی - ارتباط

ماجد اسلامی رمچاهی^۱

فاطمه رسولی^{۲*}

^۱ کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

^۲ دکتری روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: f.rasuli.2009@gmail.com

مقدمه

بیماران مرزی تقریباً همیشه بنظر می‌رسد که در یک حالت بحرانی قرار دارند. نوسان خلق در آنها شایع است. ممکن است بیمار لحظه‌ای اهل بحث و مجادله بنظر برسد، لحظه‌ای دیگر افسردگی نشان دهد، و زمانی دیگر از فقدان هر گونه احساسی در خود شکایت کند. ماهیت دردناک زندگی آنها در اقدام‌های مکرر خودآزارانه مشخص می‌شود. این بیماران ممکن است به قصد اخذ کمک از دیگران اقدام به تیغ زدن مچ دست یا رفتار خودآزارانه دیگر نمایند، یا ابراز خشم نمایند یا خود را به طریقی از عواطف غیرقابل مقاومت رها سازند (کاراس، باهاریکووب و کولا^۱، ۲۰۲۱). مبتلایان به اختلالات شخصیت مرزی در مورد رفتار غیرانطباقی خود احساس اضطراب نمی‌کنند، چون بیمار مبتلا به اختلال شخصیت از آنچه جامعه به عنوان علائم بیماری وی می‌شمارد معمولاً اظهار ناراحتی نمی‌کنند، نتیجتاً فردی بی-علاقه به درمان و علاج‌ناپذیر شمرده می‌شود (لایرد، باردتسچ و دالنبورگ^۲، ۲۰۲۴). به نظر می‌رسد افراد دارای اختلال شخصیت مرزی در اغلب اوقات در بحران روان‌شناختی به سر برده و نوسانات خلقی در آنها بسیار شایع است. این بیماران در روابط بین فردی بسیار متوقع هستند و در معرض تجربه ناامیدی‌های هیجانی شدید در مواجهه با طرد یا فقدان، حتی در مقابل سرزنش‌ها یا انتقادهای خفیف قرار دارند (ریچاردس^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). نشانه‌های بالینی این اختلال شامل نارسایی راهبردهای شناختی هیجان و پرخاشگری تکانشی، آسیب مکرر به خود و تمایلات مزمن مربوط به خودکشی می‌شود (وینر، انسینک و نورماندین^۴، ۲۰۱۸). همچنین، مشکلات مربوط به راهبردهای شناختی هیجان و برقراری ارتباط با دیگران در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مقدمه‌ای برای مشکلات کنترل تکانه است (میچل^۵ و همکاران، ۲۰۲۴).

بسیاری از پژوهشگران معتقدند که اختلال شخصیت مرزی از تعامل عوامل ژنتیکی، بیولوژیکی، اجتماعی، روان‌شناختی، محیط خانوادگی آشفته، پاتالوژی والدین و سبک فرزندپروری بی‌کفایت ریشه می‌گیرد (صادقی و میرزایی راد، ۱۳۹۸). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در معرض خطر بالایی برای اقدام به خودکشی هستند. بر این اساس افکار خودکشی^۶ آنان باید جدی گرفته شود (حسینی و همکاران، ۱۳۹۸). افکار خودکشی را در قربانیان افزایش می‌دهد که این فرایند ریسک خودکشی را در پی دارد (بریکنون، سارانتینو، رابرتس و دیچتر^۷، ۲۰۱۸؛ کاواک، آکتارک، ازدمیر و گالتکین^۸، ۲۰۱۸). افکار خودکشی افکار مربوط به آرزوی مرگ، برنامه‌ریزی برای زمان و مکان و نحوه خودکشی و اثر آن بر دیگران است و یا افکار خودکشی به عنوان یک پاسخ مثبت به این سوال است که آیا شما فکر گرفتن زندگی خود را دارید حتی اگر شما واقعاً نخواهید این کار را انجام دهید؟ (گلایوو^۹ و همکاران، ۲۰۱۴). خودکشی به عنوان سومین علت مرگ و میر در میان جوانان و نوجوانان به حساب می‌آید (مارور^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶). اختلالات روان‌شناختی و عوامل اجتماعی - زیستی عوامل خطر ساز مرتبط با این مشکل را تشکیل می‌دهند (بارلوت و فلیشمن^{۱۱}، ۲۰۱۵). از جمله عوامل خطر ساز در خودکشی می‌توان به استرس و فشار روانی ناشی از شکست‌های تحصیلی، مشکلات مالی، شکست در روابط عاطفی و مشکلات درون خانوادگی شدید اشاره کرد (کامار^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور نشان‌دهنده این موضوع است که بالاترین میزان خودکشی در گروه سنی ۱۸ تا ۲۷ سال اتفاق افتاده است (بهی‌روز و حقایق، ۱۳۹۸).

6. Suicidal thoughts

7. Brignone, Sorrentino, Roberts, Dichter

8. Kavak, Aktürk, Özdemir, Gültekin

9. Geulayov

10. Marver

11. Bertolote, Fleischmann

12. Kumar

1. Karas, Baharikhooob, Kolla

2. Laird, Bartsch, Dahlenburg

3. Richards

4. Weiner, Ensink, Normandin

5. Michel

به نظر می‌رسد افراد دارای اختلال شخصیت مرزی در اغلب اوقات در بحران روان‌شناختی به سر برده و نوسانات خلقی در آن‌ها بسیار شایع است (ریچاردس^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). نشانه‌های بالینی این اختلال شامل نارسایی راهبردهای شناختی هیجان و پرخاشگری تکانشی، آسیب مکرر به خود و تمایلات مزمن مربوط به خودکشی می‌شود (وینر، انسینک و نورماندین^۲، ۲۰۱۸). همچنین، مشکلات مربوط به راهبردهای شناختی هیجان و برقراری ارتباط با دیگران در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مقدمه‌ای برای مشکلات کنترل تکانه است (میچل^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). این روند آنان را با مشکلات ارتباطی و اجتماعی زیادی مواجه ساخته و سبب می‌شود تا خودانگاره^۴ مثبتی از خود نداشته باشند. هر شخصی یک خودانگاره از خودش دارد که اصلی‌ترین عنصر سازنده شخصیت اوست. رفتار و احساس انسان، دقیقاً مطابق با انگاره‌ای است که از خودش در ذهنش به وجود می‌آید (وانگ و وانگ^۵، ۲۰۲۴). در بیشتر دیدگاه‌های اخیر خودانگاره شامل سازه‌ای چند بعدی متشکل از عناصر شناختی، عاطفی و رفتاری است. خودانگاره عموماً به عنوان تصویری از فرد که در ذهن وجود دارد و به عبارتی، طریقی که وی خودش را ادراک می‌کند، تعریف می‌شود (چن^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). خودانگاره شیوه‌ای است که یک فرد خود را مفهوم‌سازی می‌کند و بیشتر به جنبه‌های ناهشیار و ذهنی مربوط می‌شود (باترفیلد، گراد-فریلیچ و سیلک^۷، ۲۰۲۳). به بیانی دیگر می‌توان گفت خودانگاره تصویری است که هر یک از انسان‌ها در مورد وضعیت روانی، هیجانی و جسمانی خود دارند، به عبارتی خودانگاره دربرگیرنده عقاید، احساسات آگاهانه و غیرآگاهانه در مورد خود است (وانگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین خودانگاره می‌تواند منجر به نارضایتی

از خود، احساس جذاب نبودن و در نهایت مشغولیت فکری نسبت به توانایی فردی و اجتماعی خود، حتی در حد اختلال عملکرد شود (ژیانگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۳). خودانگاره به عنوان یک ساختار چندبعدی شامل شناخت، هیجان و عناصر رفتاری شناخته می‌شود. خودانگاره ناخوشایند دربرگیرنده تفاوت بین ویژگی‌های فعلی فرد با آنچه که در حال حاضر به وسیله فرد ادراک می‌شود یا آنچه که می‌خواهد باشد؛ که معمولاً با هیجانات منفی همراه است (توه و وات^{۱۰}، ۲۰۲۲).

تاکنون روش‌های درمانی زیادی برای نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به کار گرفته نشده است. اما یکی از روش‌های درمانی موثر روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی-ارتباط^{۱۱} است که توسط تاسکا، میکایل و هویت^{۱۲} (۲۰۲۱) تدوین و مورد استفاده قرار رفته است. کارآیی این مداخله در پژوهش‌های مالدا-کاستیلو^{۱۳} و همکاران (۲۰۲۳)؛ توما و عباس^{۱۴} (۲۰۲۲) و راسل، عباس و آلدن^{۱۵} (۲۰۲۲) مورد تایید قرار گرفته است. این در حالی است که نتایج پژوهش پژوهش شایسته، نریمانی و فتحی (۱۴۰۱)؛ شیرین و همکاران (۱۴۰۰)؛ جهان گشت آفکند، عباسی و حسن‌زاده (۱۴۰۰)؛ جمالی و همکاران (۱۴۰۰)؛ بخشی بجستانی و همکاران (۱۴۰۰)؛ تون^{۱۶} و همکاران (۲۰۲۰) و احمدوند و همکاران (۲۰۲۴) نشان‌گر آن است که روان‌درمانی-هایی با رویکرد ارتباط قادر است منجر به بهبود عملکرد شناختی، روانی و هیجانی افراد شود. محورهای روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی-ارتباط بر نوع رابطه درمانی و ماهیت افشا^{۱۷} استوار است. موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نمایند و سلامت روانی بیشتری را به دست آورد (توما و عباس، ۲۰۲۲). تأکید

9. Xiang

10. Toh, Watt

11. Psychoanalysis with a dynamic-relational approach

12. Tasca, Mikail, Hewitt

13. Malda-Castillo

14. Thoma, Abbass

15. Russell, Abbass, Allder

16. Town

17. disclosure

1. Richards

2. Weiner, Ensink, Normandin

3. Michel

4. self-concept

5. Wang, Wang

6. Chen

7. Butterfield, Grad-Freilich, Silk

8. Wang

روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط بر کمک فوری به بیمار برای تجربه هیجانات ناهشیاری است که موجب اضطراب ناهشیار، بروز نشانه‌های اختلال و دفاع‌های^۱ گوناگون شده است (تون و همکاران، ۲۰۲۰). اساسی‌ترین تمرکز روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط بر تجربه درد هیجانی یا روان‌شناختی باشد که در آن زندگی به‌عنوان یک فرایند مشکل و طاقت‌فرسا تصور می‌شود، روان در کشمکش برای مقابله و تحمل آن ساخته می‌شود و دفاع‌ها یا سازوکارهای اجتناب از درد را به وجود می‌آورد (مالدا- کاستیلو و همکاران، ۲۰۲۳). روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط کمک به مراجع است تا آنچه را که به شیوه کامل‌تری در فرایند درمان تجربه می‌کند مجدداً فرمول‌بندی کند و ناراحتی ناشی از آن را تحمل کند. فهمی که درمانگر و مراجع در مورد این مشکلات به وجود می‌آورند آگاهی مراجع را گسترش می‌دهد و راه ورود به گزینه‌های جدید برای مدیریت تعارض را باز می‌کند (احمدوند و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین ظرفیت مراجع برای تحمل تجربه دردناک هیجانی و مقابله با عدم رضایت را افزایش می‌دهد و توانایی‌اش را برای اندیشیدن و کنجکاوی در مورد تجربه‌هایش بالا می‌برد (راسل، عباس و آلدن، ۲۰۲۲).

در خصوص ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت اختلال شخصیت مرزی، این عارضه ناتوان‌ساز از شایع‌ترین و مقاوم‌ترین اختلالات شخصیت به حساب می‌آید که در حال حاضر به دلیل ماهیت آشفته‌ساز، شیوع فراوان و پیچیدگی‌های ماهیتی و همچنین هزینه‌های گزاف مراقبتی مورد توجه پژوهشگران بسیاری در این حوزه است. ما با روند رو به رشد اختلال شخصیت مرزی در جوامع کنونی روبرو هستیم، گرچه مطالعات تجربی گسترده منتشر شده‌ای، در این باره در جامعه ما وجود ندارد اما مشاهدات بالینی بسیاری از روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی خبر از افزایش شیوع اختلال شخصیت مرزی در جامعه ما می‌دهند (ورما و همکاران، ۲۰۲۱). شیوع اختلال شخصیت مرزی تقریباً ۲ درصد در جمعیت عمومی، ۱۰ درصد بیماران سرپایی روان‌پزشکی و ۲۰ درصد بیماران

بستری روان‌پزشکی است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، دست کم در دو زمینه که بالقوه آسیب‌زننده هستند، تکانشگری نشان می‌دهند، آنها ممکن است قمار کنند، بدون ملاحظه ولخرجی یا پرخوری داشته باشند، سوء مصرف مواد، رابطه جنسی نابهنجار و به گونه‌ای داشتن رفتارهای پرخطر در رانندگی، از دیگر مشکلات آنهاست که تمامی این بحران‌ها را در روابط بین فردی، تنظیم هیجان‌ها، نوسان‌های خلقی و سایر رفتارهای خود ویرانگر تجربه می‌کنند (داهلنبورگ و همکاران، ۲۰۱). افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب موجب فرسودگی نزدیکان، دوستان، همکاران و افراد خانواده خود می‌شوند و احتمال این هم وجود دارد که موجب القای بیماری خود به اطرافیان‌شان گردند (ریچاردس و همکاران، ۲۰۲۳). این فرایند و ویژگی‌های نشانگر آن است که اگر با بکارگیری مداخلات روان‌شناختی کارآمد نسبت به بهبود وضعیت روان‌شناختی و هیجانی این نوجوانان اقدامی صورت نپذیرد، آسیب آنان به خود و دیگران فزونی یافته و آسیب‌های بیشتری را در پی دارد. بنابراین با توجه به موضوعات و تحقیقات بیان شده در مورد اثربخشی روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط در جهت کاستن مشکلات رفتاری، شناختی، هیجانی و روانی افراد و از سوی دیگر با توجه به خلاء پژوهشی موجود به علت عدم وجود تحقیقات مشابه، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط بر افکار خودکشی و خودانگاره نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بود.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل نوجوانان دارای نشانه- های اختلال شخصیت مرزی بود که در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۲ به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران مراجعه کرده بودند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به ۱۲ مرکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران، نوجوانانی که با علائم اختلال شخصیت

¹. defenses

مرزی به این مراکز مراجعه کرده و توسط روان‌شناس بالینی این مراکز دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس به این نوجوانان، پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی ارائه شد تا بدین وسیله از وجود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در نزد این نوجوانان اطمینان حاصل گردد. بدین صورت که نوجوانانی که نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (نمره برش پرسشنامه) به دست آوردند، به عنوان نوجوانی قلمداد شدند که دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی بودند. علاوه بر این، این نوجوانان مورد مصاحبه بالینی بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نیز قرار گرفتند. سپس از بین نوجوانانی که با پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی، دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تشخیص داده شدند (نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی)، تعداد ۴۰ نوجوان را به ترتیب نمره کسب شده در پرسشنامه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ نوجوان در گروه آزمایش و ۲۰ نوجوان در گروه گواه). جهت مشخص کردن تعداد حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power استفاده شد که تعداد نمونه حاضر در هر گروه ۲۰ نفر تعیین شد. میزان خطا نیز ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۰/۹۵ در نظر گرفته شده است. اندازه اثر نیز ۰/۹۹ به دست آمد. سپس نوجوانان حاضر در گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی-ارتباط را در طی هشت هفته به صورت هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که نوجوانان حاضر در گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحله پیگیری اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۴ نوجوان در آزمایش و ۴ نوجوان در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند و تعداد ۳۲ نوجوان در پژوهش باقی ماندند (۱۶ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۶ نوجوان در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از ۲۵ در پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی، داشتن سن ۱۸-۱۳

سال، رضایت نوجوان جهت شرکت در پژوهش، نداشتن اختلال شخصیت همپود (با توجه به نتایج مصاحبه بالینی)، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان و عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در طی شش ماه اخیر بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش، وقوع حادثه پیش‌بینی نشده موثر و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پس‌آزمون یا پیگیری بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی (BPDQ): پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی توسط لیشسرننگ^۲ (۱۹۹۹) به منظور سنجش صفات شخصیت مرزی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی ساخته شده و به صورت بلی (نمره ۱) / خیر (نمره صفر) جواب داده می‌شود. این پرسشنامه ۵۱ ماده‌ای است. دامنه نمرات پرسشنامه بین صفر تا ۵۷ است. کسب نمره بالاتر از ۲۸ در این پرسشنامه بیانگر وجود نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در فرد است. لیشسرننگ (۱۹۹۹) در پژوهش خود نشان داد همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این آزمون در حد رضایت‌بخش قرار دارد، به شکلی که آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۱ بود. هم چنین وی روایی تمیزی و تشخیصی این مقیاس را پرسشنامه گزارش نمود (لیشسرننگ، ۱۹۹۹). در پژوهش محمدزاده و رضائی (۱۳۹۰) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. روایی همزمان با ضریب ۰/۷۰ همبستگی سوالات با کل پرسشنامه با ضرایب ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ و سه نوع اعتبار بازآزمایی، دومیه‌سازی و همسانی درونی به ترتیب با ضرایب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ بدست آمد. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد.

پرسشنامه افکار خودکشی (STQ):^۳ پرسشنامه افکار خودکشی توسط بک، کوواس و ویسمن^۴ در سال ۱۹۹۷ تهیه

1. Borderline Personality Disorder Questionnaire

2. Leichsenring

3. Suicide Thought Questionnaire

4. Beck, Kovac, Weissman

شده که شامل ۱۹ مجموعه می‌باشد. مانند میل به مردن با سه گزینه صفر (به هیچ وجه)، ۱ (ضعیف)، ۲ (متوسط تا زیاد) و نیز دو عامل میل به خودکشی فعال (۱۰ گزینه)، میل به خودکشی منفعل (۴ گزینه) با دامنه نمرات از ۰ تا ۳۸ می‌باشد. پنج ماده اول میل به آزمودنی به زنده بودن یا مردن را غربالگری می‌کند و از طریق مدت اجرا در افراد فاقد میل به خودکشی کاهش می‌یابد. تنها افرادی که آرزوی انجام اقدام فعالانه یا منفعلانه خودکشی را گزارش کنند در مواد ۶ تا ۱۹ درجه‌بندی می‌شوند. این مواد به طول مدت و فراوانی افکار خودکشی گرایانه، میزان آرزو مردن، احساس کنترل بر آرزوهای خودکشی گرایانه، طرح و برنامه خودکشی، وسیله و فرصت روش خودکشی، نیروی آرزوی مردن و سابقه اقدامات قبلی خودکشی مربوط می‌باشد. پایایی و روایی مقیاس افکار خودکشی بک در پژوهش‌های مختلف تایید شده است. بک و همکاران (۱۹۹۷)، ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابی آن را به ترتیب، ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرد. در مطالعه دانتیز^۱ (۲۰۰۷)؛ به نقل از حسنی و میرآقایی، (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ و اعتبار بین آزماینده ۰/۸۳ به دست آمده است. مطالعات گذشته نشان داده‌اند مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون‌های استاندارد شده افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی داشته است. ضرایب همبستگی دامنه‌اش از ۰/۹۰ برای بیماران بستری ۰/۹۴ برای بیماران درمانگاهی بود. همچنین همبستگی این مقیاس با سوال خودکشی پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ بوده است. در ایران انیسی و همکاران (۱۳۸۳) اعتبار مقیاس را با استفاده از روش دونیمه کردن ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند (جایروند، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شد.

پرسشنامه خودانگاره (SCQ): پرسشنامه خودانگاره نوجوانان توسط مانداگلیو و پیریت^۳ (۱۹۹۵) تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۳ سوال چهار گزینه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می‌باشد که نمره ای از یک تا چهار به آن تعلق

می‌گیرد. بر این اساس بیشترین نمره‌ای که فرد می‌تواند به دست آورد ۹۲ و کمترین نمره ۲۳ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده خودانگاره مثبت فرد است. پایایی این پرسشنامه توسط مانداگلیو و پیریت (۱۹۹۵) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است. همچنین این پژوهشگران میزان روایی سازه این پرسشنامه را ۰/۸۰ به دست آوردند (مانداگلیو و پیریت، ۱۹۹۵). در این نیز همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷، پایایی آن نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و میزان روایی محتوایی آن ۰/۸۳ گزارش شده است (آقاجانی، قریب بلوک و صمدی فرد، ۱۳۹۸). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران انجام و مجوز انجام پژوهش در آن مراکز دریافت شد. سپس نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی جهت شرکت در پژوهش مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس با رضایت کتبی از این نوجوانان و گمارش تصادفی آنان در گروه‌های آزمایش و گواه (۲۰ نوجوان در گروه آزمایش و ۲۰ نوجوان در گروه گواه)، پرسشنامه‌های پژوهش اجرا شد. در نهایت، بر روی نوجوانان حاضر در گروه آزمایش مداخله روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط طی ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه در طول هشت هفته انجام شد، در حالی که نوجوانان حاضر در گروه گواه مداخلات درمانی را دریافت نکردند. پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. پروتکل روان-درمانی گروهی با رویکرد پویایی- ارتباط توسط تاسکا، میکائیل و هویت (۲۰۲۱) تدوین و مورد استفاده قرار رفته است. پس از شروع مداخله تعداد ۴ نوجوان در گروه آزمایش و ۴ نوجوان در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۲ نوجوان در پژوهش باقی ماندند (۱۶ نوجوان در گروه آزمایش و ۱۶ نوجوان در گروه گواه). به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت نوجوانان دارای نشانه‌های

1. Dantiez

2. Self-Concept Questionnaire

3. Mandaglio, Pyryt

اختلال شخصیت مرزی برای شرکت در مداخله روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل انجام پژوهش اطلاع یافتند. علاوه بر این، به نوجوانان حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، مداخله روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط را دریافت خواهند کرد. همچنین به نوجوانان حاضر در هر دو گروه آزمایش و گواه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به شکل محرمانه در نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و نیاز نیست در پرسشنامه‌ها مشخصات فردی خود را درج نمایند.

جدول ۱. خلاصه جلسات روان‌درمانی گروهی با رویکرد پویایی- ارتباط (تاسکا، میکائیل و هویت، ۲۰۲۱)

شرح جلسات	مراحل
معرفی و شرح دلایل ورود افراد به گروه. در این جلسه با اضطراب از بیان نقص‌ها روبرو هستیم که درمانگر وظیفه کنترل اضطراب و ایجاد حمایت را دارد. تاکید بر نقاط اشتراک افراد در بیان مشکل برای ایجاد انسجام	مرحله اول: (ادغام و شبه دلبستگی) جلسات ۱، ۲، ۳
مداخلات چالشی‌تر برای پیشروی به سمت اصالت بیشتر مثل: دعوت افراد گروه به بیان عواطف و عمیق شدن در آن و متمرکز شدن دقیق و کامل روی عواطف بیمار، استفاده از اظهارات همدلانه، انعکاس کلمات بیمار، تمرکز کردن روی جزئیات تجربه مملو از عاطفه، کاوش نشانه‌های جسمی درونی که می‌تواند نشان دهنده هیجانات عمیق باشد. مقاومت اعضا و انتقال متقابل درمانگر گروه در این مرحله اجتناب‌ناپذیر است. تفسیر و نام‌گذاری بر روی کنش‌ها و نحوه ارتباط اعضا یکی از مداخلات این مرحله است. یکی از هیجان‌های اصلی این مرحله شرم است. که به شکل حمله به خود نشان داده می‌شود که درمانگر باید با حمایت و تسهیل تعامل عضو با عضو ترس از طرد شدن اعضا را کاهش دهد.	مرحله دوم: (تعلیق و وقفه الگو) جلسات ۴، ۵، ۶، ۷
اعضا در این مرحله که نیمه دوم درمان است پذیرش را تجربه می‌کنند. درمانگر مداخله گروه به عنوان کل را به کار می‌گیرد و پویایی‌های بین فردی و روابط ابژه‌مثلی را شناسایی می‌کند. در این مرحله هدف شناسایی و مواجهه با بخش‌های ناخواسته اعضا است. در این مرحله الگوهای خود محدودکننده در مورد ارتباط برقرار کردن و مقابله-هایی که زمانی کارکرد محافظتی داشت، به چالش کشیده می‌شوند. شکل نیرومندتری از مداخله، در قالب الگوسازی است. درمانگر در طی درمان مرتکب خطاهایی مثلاً در همدلی می‌شود و با پذیرش اشتباه و عذرخواهی بابت آن موقعیتی فراهم می‌کند که الگوی سالمی از اقتدار باشد.	مرحله سوم (باز تعریف خود/ اصالت دردناک) جلسات ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳
تکلیف این مرحله در اول این است که اعضا تجربیات احساس خود از فقدان مربوط به خاتمه درمان را بیان کنند و آنچه در گروه آموخته‌اند را در بیرون از گروه به کار گیرند. در ۳ جلسه آخر می‌توان درباره سوالات زیر گفت و گو کرد:	مرحله چهارم (خاتمه درمان) جلسات ۱۴، ۱۵، ۱۶
۱. آیا چیزی هست که احساس کنید بین شما و سایر اعضا گروه به صورت ناتمام باقی مانده است؟	
۲. خاطرات مورد علاقه یا مبادلات معنی‌داری که از هفته پیش دارید چه هست؟	
۳. احساس شما راجع به قریب الوقوع بودن پایان گروه درمانی چیست؟	
۴. چه مسئله‌ای هست که پس از خاتمه درمان به عنوان یک چالش باقی می‌ماند؟	

(بهینه) برای بررسی فرضیه کروییت داده‌های تحقیق از آنالیز موجلی^۳ (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس آمیخته^۴ و آزمون تعقیبی بونفرونی^۵ استفاده شد.

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوین^۲ برای بررسی برابری واریانس‌ها

3. Mauchly's Test

4. Mixed variance analysis

5. Bonferroni follow-up test

1. Shapiro-Wilk test

2. Levine test

نتایج آماری با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که میانگین سن نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی در گروه آزمایش ۱۶/۱۲ و در گروه گواه ۱۵/۴۵ سال بوده است. نتایج تحلیل واریانس بیانگر آن بود که بین میانگین سنی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشته و نیاز به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی‌شود. همچنین نتایج نشان

داد در گروه آزمایش ۹ نفر (معادل ۵۵/۲۵ درصد) پسر و تعداد ۷ نفر (معادل ۴۳/۷۵ درصد) دختر بودند. در نهایت در گروه گواه تعداد ۸ نفر (معادل ۵۰ درصد) پسر و تعداد ۸ نفر (معادل ۵۰ درصد) دختر بودند. نتایج تحلیل خی دو بیانگر آن بود که بین فراوانی جنسیت گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشته و نیاز به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی‌شود. میانگین و انحراف استاندارد افکار خودکشی و خودانگاره در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد افکار خودکشی و خودانگاره در دو گروه آزمایش و گواه

گروه‌ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افکار گروه آزمایش	۱۵/۵۶	۲/۲۸	۱۱/۳۷	۴/۰۴	۱۲/۳۷	۳/۴۴
خودکشی گروه گواه	۱۴/۸۷	۳/۳۸	۱۵/۷۵	۳/۶۴	۱۵/۵۶	۳/۲۲
ی						
خودانگار گروه آزمایش	۴۴/۰۶	۷/۲۷	۵۲/۵۰	۸/۹۷	۵۱/۳۱	۸/۴۶
ه گروه گواه	۴۲/۴۳	۷/۵۸	۴۱/۵۶	۷/۶۵	۴۱/۵۶	۷/۸۰

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان افکار خودکشی و خودانگاره نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی که در گروه آزمایش حضور داشته، در اثر دریافت روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط نسبت به گروه گواه کاهش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در افکار خودکشی ($F=۰/۹۲$; $P=۰/۵۵$) و

خودانگاره ($F=۰/۹۱$; $P=۰/۳۶$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که یافته مربوط به آن نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در افکار خودکشی ($F=۰/۹۱$; $P=۰/۳۲$) و خودانگاره ($F=۰/۹۰$; $P=۰/۲۴$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در افکار خودکشی ($Mauchlys=۰/۹۲$; $P=۰/۲۶$) و خودانگاره ($Mauchlys W=۰/۹۳$; $P=۰/۳۴$) رعایت شده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی متغیرهای افکار خودکشی و خودانگاره

متغیر	مجموع	درجه	میانگین	مقدار f	مقدار p	اندازه	توان
مجدورات	آزادی	مجدورات				اثر	آزمون
زمان	۴۷/۶۸	۲	۲۳/۸۴	۲۱/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۱
عضویت گروهی	۱۲۶/۰۴	۱	۱۲۶/۰۴	۱۸/۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹	۱
تعامل زمان و گروه	۱۱۲/۱۴	۲	۵۶/۰۷	۴۹/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱
خطا	۶۷/۵۰	۶۰	۱/۱۲				
خودانگاره	۲۶۴/۶۴	۲	۱۳۲/۳۲	۲۲/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲	۱
عضویت گروهی	۱۳۲۷/۵۹	۱	۱۳۲۷/۵۹	۱۹/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰	۱
تعامل زمان و گروه	۴۱۱/۰۶	۲	۲۰۵/۵۳	۳۴/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
خطا	۳۵۸/۹۵	۶۰	۵/۹۸				

جدول ۴. تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر

اساس مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله	مرحله	تفاوت	خطای
	منا	مورد	میانگین	انحراف
	(میانگین)	مقایسه	ها	معیار
	(میانگین)			
افکار	پیش-آزمون	پس-آزمون	۱/۶۵	۰/۳۴
خودکشی	پیش-آزمون	پس-آزمون	۱/۲۵	۰/۲۷
	پیش-آزمون	پس-آزمون	-۱/۶۵	۰/۳۴
	پیش-آزمون	پس-آزمون	-۰/۴۰	۰/۱۴
خودانگاره	پیش-آزمون	پس-آزمون	-۳/۷۸	۰/۷۷
	پیش-آزمون	پس-آزمون	-۳/۱۸	۰/۶۹
	پیش-آزمون	پس-آزمون	۳/۷۸	۰/۷۷
	پیش-آزمون	پس-آزمون	۰/۵۹	۰/۱۹

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ حاکی از آن است که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (افکار خودکشی و خودانگاره) در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با ابتدای پژوهش (مرحله پیش آزمون) تفاوت دارد. بدان معنا که مداخله به کار گرفته شده در این پژوهش (روان تحلیل گری با رویکرد

نتایج حاصل جدول شماره ۳ بیانگر آن بود که عامل زمان یا مراحل ارزیابی (پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری) توانسته اثر معناداری بر نمرات افکار خودکشی و خودانگاره نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی داشته و به ترتیب ۴۱ و ۴۲ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات افکار خودکشی و خودانگاره را تبیین می‌کند. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی (روان تحلیل گری با رویکرد پویایی- ارتباط) یا نوع درمان دریافتی هم بر افکار خودکشی و خودانگاره نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تأثیر معنادار داشته و به ترتیب ۳۹ و ۴۰ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج نشان داد که نوع درمان دریافتی (روان تحلیل گری با رویکرد پویایی- ارتباط) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر افکار خودکشی و خودانگاره نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تأثیر معنادار داشته و به ترتیب ۶۲ و ۵۳ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. جهت بررسی کفایت حجم نمونه نیز توان آماری ۱۰۰ درصدی نشانگر آن بود که دقت آماری و کافی بودن حجم نمونه در این پژوهش و نتایج وجود دارد. جدول ۴ نشان دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) با بهره گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی است.

پویایی- ارتباط) میانگین نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (افکار خودکشی و خودانگاره) را در دو مرحله پس از مداخله (پس‌آزمون و پیگیری) نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش معنادار داده است. اما این تغییرات در مقایسه مراحل پس‌آزمون با پیگیری وجود ندارد. چرا که اثر مداخله توانسته ماندگار باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط بر افکار خودکشی و خودانگاره نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی انجام شد. نتایج نشان داد که روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط بر افکار خودکشی و خودانگاره نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی تأثیر معنادار داشته است. یافته اول پژوهشی حاضر مبنی بر بر اثربخشی روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط بر افکار خودکشی نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، با یافته‌های پژوهش‌های قبلی مطابقت داشت. بخشی بجستانی و همکاران (۱۴۰۰) نیز نشان دادند که روان‌تحلیل‌گری مبتنی بر پویایی ارتباط بر کاهش پریشانی روانی و علائم روان-تنی در بیماران با تیپ شخصیتی دستگاه گوارش D تأثیر دارد. جمالی و همکاران (۱۴۰۰) نیز دریافتند که روان‌تحلیل‌گری پویایی- ارتباط در درمان ترس احساس گناه و پرخاشگری نهفته در بیماران زن مبتلا به وسواس آلودگی اثربخش است. علاوه بر این، جهان‌گشت آق‌کند و همکاران (۱۴۰۰) گزارش کردند که روان‌تحلیل‌گری پویایی ارتباط کوتاه مدت برای مشکلات بین فردی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر است. احمدوند و همکاران (۲۰۲۴) نیز نشان دادند که روان‌تحلیل‌گری پویایی- ارتباط منجر به کاهش اجتناب شناختی در افراد مبتلا به سردرد تنشی می‌شود. راسل، عباس و آلدِر (۲۰۲۲) نیز اثربخشی روان‌تحلیل‌گری پویایی- ارتباط را در درمان اختلال عملکردی عصبی در نوجوانان تأیید کردند. در نهایت، تون و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که روان‌تحلیل‌گری پویایی ارتباط کوتاه مدت بر درمان افسردگی مقاوم به درمان تأثیر دارد. در توضیح احتمالی یافته دوم در خصوص اثربخشی روان‌تحلیل‌گری با

رویکرد پویایی- ارتباط بر افکار خودکشی نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، می‌توان گفت روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط با ماهیت خود و استفاده از تکنیک‌هایی مانند فشار، دفاع چالش‌برانگیز و مقاومت انتقالی، در ابعاد افکار خودکشی مؤثر است. این درمان مبتنی بر تجربه احساسات و خنثی‌سازی مکانیسم‌های دفاعی است که منجر به رنج‌های خودآزاری می‌شود (راسل، عباس و آلدِر، ۲۰۲۲). این درمان معتقد است که با تجربه هیجانات، نامگذاری عواطف و بررسی مکانیسم‌های دفاعی فرد، اضطراب آزاردهنده به سطح هوشیاری می‌رسد و باعث کاهش چشمگیر علائم می‌شود. اساس درمان، بازسازی مثلث رابطه و مثلث تعارض است که به ترتیب با تار و پود، روابط بین فردی و عوامل درونی مانند احساسات و دفاع مرتبط هستند. دفاع‌های خنثی منجر به تجربه احساسات و رهایی از رنج ذهنی می‌شود. رنجی که به خود تحمیل می‌شود زمانی است که فرد دارای وجدان اخلاقی سخت‌گیرانه، احساس گناه، تمایل به قربانی شدن و مقاومت در برابر رنج باشد. در این رویکرد درمانی، گروه موقعیتی را فراهم می‌کند که در آن رگرسیون، مقاومت و انتقال رخ می‌دهد، به‌ویژه که در فرآیند تفسیر گروهی رخ می‌دهد. ارتباط درمانی پویا می‌تواند به فرد کمک کند تا تجربیات ناخوشایند را بهتر درک کند و به جای اجتناب از آنها به شیوه‌ای سالم با آنها برخورد کند. این رویکرد به جای تمرکز صرف بر علائم اختلال شخصیت مرزی، به ریشه‌های روان‌شناختی عمیق‌تری مانند الگوهای ناخودآگاه، مشکلات ارتباطی و درگیری‌های درونی می‌پردازد. با اصلاح این الگوها، نوجوان می‌تواند توانایی خود را در تحمل و پذیرش تجربیات ناخوشایند افزایش دهد و در نتیجه افکار خودکشی خود را کاهش دهد. دیگر دلیل اثربخشی این درمان تمرکز بر رابطه درمانی و پیوند عاطفی است. نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب تجربه‌های آسیب‌زای رابطه‌ای (مانند طرد، بی‌ثباتی عاطفی یا سوءاستفاده) دارند. رویکرد پویایی- ارتباطی با ایجاد یک فضای امن و قابل اعتماد، به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای ارتباطی مخرب خود را بازشناسی کند و روابط سالم‌تری را تجربه نماید. این پیوند درمانی می‌تواند از

احساس تنهایی و ناامیدی که محرک افکار خودکشی است، بکااهد. دیگر دلیل اثربخشی روان تحلیل گری با رویکرد پویایی-ارتباط کاوش ناخودآگاه و هیجانات سرکوب شده مراجعان است. بسیاری از افکار خودکشی در نوجوانان با مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ریشه در خشم، شرم، یا ترس از رهاشدگی دارد که ممکن است به صورت ناخودآگاه باقی بمانند. روان تحلیل گری به بیمار کمک می کند این هیجانات را شناسایی، پردازش و بیان کند، که منجر به کاهش تنش درونی و تمایل به خودتخریبی می شود.

دومین یافته این پژوهش در مورد اثربخشی روان تحلیل گری با رویکرد پویایی-ارتباط بر خودانگاره نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با نتایج پژوهش های قبلی مطابقت داشت. چنانکه شایسته، نریمانی و فتحی (۱۴۰۱) نیز نشان دادند که روان تحلیلی با استفاده از رویکرد پویایی-ارتباط بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات درد مزمن مؤثر است. شیرین و همکاران (۱۴۰۰) همچنین دریافتند که روان تحلیلی با استفاده از رویکرد پویایی-ارتباط بر نقایص روان شناختی و عدم تحمل عدم اطمینان در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس تأثیر دارد. از سوی دیگر، مالدا-کاستیلو و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که درمان روان پویشی بر عملکرد اجتماعی و خودپنداره افراد مؤثر است. در نهایت توما و عباس (۲۰۲۲) نشان دادند که روان-تحلیل گری روان پویشی در پذیرش عواطف و خودتنظیمی هیجانی افراد مؤثر است. در تبیین احتمالی نتیجه حاضر در رابطه با تأثیر روان تحلیل گری با رویکرد پویایی-ارتباط بر خودانگاره نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می توان گفت که افراد با اختلال شخصیت مرزی در اغلب اوقات در بحران روان شناختی به سر برده و نوسانات خلقی در آنها بسیار شایع است. این نوسانات خلقی و پریشانی روانی ممکن است با ضعف در خودانگاره تقویت شود (لایرد و همکاران، ۲۰۲۴). در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، خودانگاره ممکن است ناشی از احساس بی کفایتی و شک به خود باشد. این احساسات می تواند ریشه عمیقی در تجربیات اولیه زندگی و یا فرزندپروری ناکارآمد والدین داشته باشد، مانند انتقاد منفی والدین یا عدم

حمایت عاطفی. تجربیات آسیبزا یا منفی در دوران کودکی، مانند تحقیر یا طرد شدن، می تواند فرد را نسبت به ارزیابی های دیگران در بزرگسالی بسیار حساس کند و از قضاوت منفی بترسد. در اختلال شخصیت مرزی، خودانگاره می تواند منجر به استفاده از مکانیسم های دفاعی مانند اجتناب، سرکوب یا جبران شود. ممکن است فرد ناخودآگاه از رویارویی با ارزیابی های منفی اجتناب کند یا سعی کند با انجام اعمال وسواسی از قضاوت های منفی اجتناب کند. بر این اساس، روان تحلیل گری مبتنی بر رویکرد پویایی-ارتباط به نوجوانان مبتلا کمک می کند تا آنچه را که در فرآیند درمان تجربه می کند، دوباره چارچوب بندی کند و ناراحتی ناشی از آن را تحمل کند (مالدا-کاستیلو و همکاران، ۲۰۲۳). درکی که درمانگر و مراجع در مورد این مسائل ایجاد می کنند، آگاهی مراجع را گسترش می دهد و راه را برای مدیریت ترس ها، اضطراب ها و تعارضات جدید باز می کند تا سطح خودانگاره فرد بهبود یابد. در تبیین دیگر باید گفت یکی از دلیل اثربخشی روان تحلیل گری با رویکرد پویایی-ارتباط **تأکید بر رابطه درمانی و بازسازی الگوهای دلبستگی است**. نوجوانان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اغلب تجربه های آسیب زای رشدی و تحولی (مثل طرد، بی ثباتی عاطفی یا سوءاستفاده) دارند که منجر به **خودانگاره آشفته و تقسیم شده** می شود. رویکرد پویایی-ارتباطی با ایجاد **یک فضای امن و قابل اعتماد** در درمان، به بیمار کمک می کند تا **بازنمایی های درونی** از خود و دیگران را اصلاح کرده و الگوهای دلبستگی ناایمن را از طریق رابطه درمانی **تجدید نظر** کند. دیگر دلیل اثربخشی این درمان **کشف و پردازش تعارض های ناخودآگاه است**. بسیاری از مشکلات خودانگاره در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ریشه در **تعارض های ناخودآگاه** (مثل احساس دوگانه "من خوب هستم" در مقابل "من بد هستم") دارد. روان تحلیل گری پویایی-ارتباطی به بیمار کمک می کند این تعارض ها را شناسایی و یکپارچه کند و با تفسیر **پدیده انتقال/انتقال متقابل**، الگوهای تکرار شونده در روابط را آشکار سازد.

دامنه محدود پژوهش به نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران، عدم کنترل متغیرهای محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر افکار خودکشی و خودانگاره نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی، عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری طولانی (شش ماهه و یک ساله) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در شهرها و مناطق و جوامع با فرهنگ‌های مختلف، دیگر گروه‌های سنی، سایر جامعه نوجوانان همانند نوجوانان قربانی خشونت خانگی، نوجوانان دارای والدین معتاد، نوجوانان

دارای اختلال رفتاری- هیجانی درونی و برونی‌سازی شده، مهار عوامل ذکر شده و اجرای مرحله پیگیری طولانی‌تر اجرا گردد. با توجه به اثربخشی روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط بر افکار خودکشی و خودانگاره نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی، پیشنهاد می‌شود در سطح عملی روان‌تحلیل‌گری با رویکرد پویایی- ارتباط با تهیه برشور و کتابچه‌های علمی به مشاوران، روان‌شناسان و درمانگران مراکز مشاوره (به خصوص مراکز مشاوره اداره آموزش و پرورش) ارائه شود تا با استفاده از محتوای این مداخله در جهت کاهش افکار خودکشی و بهبود خودانگاره نوجوانان دارای نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی گام‌های عملی بردارند.

منابع

- آقاجانی، س.، قریب بلوک، م.، و صمدی فرد، ح. (۱۳۹۸). رابطه خودپنداره، همجوشی شناختی و بهزیستی اجتماعی با اختلال بدریخت انگاری بدن در بین نوجوانان دختر. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۷(۳)، ۴۵۷-۴۶۶.
- بخشی بجستانی، ع.، شهابی زاده، ف.، وزیری، ش.، و لطفی کاشانی، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر کاهش پریشانی روان شناختی و علایم روانتنی بیماران مبتلا به اختلال عملکرد گوارشی با تیپ شخصیت D. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱۳(۴)، ۱۱-۱۱.
- بهی‌روز، آ.، حقایق، س.ع. (۱۳۹۸). مقایسه افکار خودکشی و سطح استرس بین دانشجویان افسرده با تیپ‌های زمانی صبحگاهی و شامگاهی، روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۶(۱)، ۶۴-۷۴.
- جمالی، س.، مهرابی زاده هنرمند، م.، هاشمی، س.ا.، و داوودی، ا. (۱۴۰۰). اثربخشی «درمان روان پویشی فشرده و کوتاه مدت» بر ترس از گناه و پرخاشگری نهفته بیماران زن مبتلا به وسواس آلودگی. مدیریت ارتقای سلامت، ۱۱(۱)، ۴۷-۶۰.
- جهان گشت آفکند، ی.، عباسی، ق.، و حسن زاده، ر. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان روان پویشی فشرده کوتاه مدت بر مشکلات بین فردی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی. مطالعات ناتوانی، ۱۱(۱)، ۱۷۷-۱۶۹.
- حسینی، س.س.، نجفی، م.، مکوندحسینی، ش.، صلواتی، م.، و رضایی، ع.م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس و مدل لینهان بر افکار خودکشی در نوجوانان دارای نشانگان بالینی شخصیت مرزی. مطالعات روان شناختی، ۱۵(۱)، ۱۳۱-۱۴۶.
- شایسته، ه.، نریمانی، م.، و فتحی، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان روانپویشی کوتاه مدت و هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن. بیهوشی و درد، ۱۳(۳)، ۱۲۶-۱۴۱.
- شیرین، ز.، ابوالقاسمی، ش.، رحمانی، م.ع.، و قربان شیرودی، ش. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر درماندگی روانشناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس مراجعه کننده به انجمن ام اس تهران. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۴(۱)، ۲۴۰۳-۲۴۱۲.

- صادقی، م.، و میرزایی راد، ر. (۱۳۹۸). بررسی ارتباط ذهن آگاهی و شخصیت مرزی با افکار خودکشی افراد تحت درمان نگه دارنده با متادون در شهر رفسنجان در سال ۱۳۹۶: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۸(۱۱)، ۱۱۲۹-۱۱۴۲.
- محمدزاده، ع.، رضایی، ا. (۱۳۹۰). اعتبارسنجی پرسشنامه شخصیت مرزی در جامعه ایرانی. *مجله علوم رفتاری*، ۵(۳)، ۲۶۹-۲۷۷.
- Ahmadvand Shahverdi, Z., Dehghani, M., Ashouri, A., Manouchehri, M., Mohebi, N. (2024). Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for Tension-Type Headache (TTH): A randomized controlled trial of effects on emotion regulation, anger, anxiety, and TTH symptom severity. *Acta Psychologica*, 244, 1041-1048.
- Bertolote, J.M., Fleischmann, A. (2015). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7(2), 32-36.
- Brignone, E., Sorrentino, A.E., Roberts, C.B., Dichter, M.E. (2018). Suicidal ideation and behaviors among women veterans with recent exposure to intimate partner violence. *General Hospital Psychiatry*, 55, 60-64.
- Butterfield, R.D., Grad-Freilich, M., Silk, J.S. (2023). The role of neural self-referential processes underlying self-concept in adolescent depression: A comprehensive review and proposed neurobehavioral model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 149, 1051-1055.
- Chen, Z., Jin, L., Hao, H., Zhao, Y., Joyce, R.L., Lyu, H. (2024). The relationship of self-concept clarity, future time perspective, grit, and life satisfaction among Chinese adolescents: A cross-sectional and longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 230, 1127-1131.
- Geulayov, G., Metcalfe, C., Heron, J., Kidger, J., Gunnell, D. (2014). Parental Suicide Attempt and Offspring Self-Harm and Suicidal Thoughts: Results From the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(5), 509-517.
- Karas, K.H., Baharikhooob, P., Kolla, N.J. (2021). Borderline personality disorder and its symptom clusters: A review of positron emission tomography and single photon emission computed tomography studies. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 316, 111-115.
- Kavak, F., Aktürk, U., Özdemir, I., Gültekin, A. (2018). The relationship between domestic violence against women and suicide risk. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 574-579.
- Kumar, P., Srivastava, S., Mishra, P.S., Sinha, D., Dhillon, P. (2020). Does depressive symptoms, physical inactivity and substance use catalyze the suicidal tendency among adolescents? Evidence from a cross-sectional study. *Children and Youth Services Review*, 119, 105-111.
- Laird, D., Bartsch, D.R., Dahlenburg, S.C. (2024). Attitudes towards parents with a diagnosis of borderline personality disorder in child protection settings. *Child Protection and Practice*, 3, 1024-1029.
- 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.
- Malda-Castillo, J., Howell, B., Russell, L., Town, J., Abbass, A., Perez-Algorta, G., Valavanis, S. (2023). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) associated with healthcare reductions in patients with functional seizures. *Epilepsy & Behavior*, 141, 1091-1098.
- Mandaglio, S., Pyryt, M.C. (1995). Self-concept of gifted students: Assessment-Based Intervention. *Teach Except Child*, 27(3), 40-45.
- Marver J. E., Galfalvy H. C., Burke A. K., Sublette M. E., Oquendo M. A., Mann J. J., Grunebaum, M.F. (2016). Friendship, Depression, and Suicide Attempts in Adults: Exploratory Analysis of a Longitudinal Follow-Up Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), 660-667.
- Michel, C.A., Schneck, N., Mann, J.J., Ochsner, K.N., Brodsky, B.S., Stanley, B. (2024). Prefrontal cortex engagement during an fMRI task of emotion regulation as a potential predictor of treatment response in borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 364, 240-248.
- Richards, G., Kelly, S., Johnson, D., Galvin, J. (2023). Autistic traits and borderline personality disorder traits are positively correlated in UK and US adult men and women. *Personality and Individual Differences*, 213, 1122-1128.

- Russell, L., Abbass, A., Allder, S. (2022). A review of the treatment of functional neurological disorder with intensive short-term dynamic psychotherapy. *Epilepsy & Behavior*, 130, 1086-1070.
- Tasca, G.A., Mikail, S.F., Hewitt, P.L. (2021). *Group Psychodynamic interpersonal Psychotherapy*. American Psychological Association. 750 First Street, NE, Washington, DC 20002.
- Thoma, N.C., Abbass, A. (2022). Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) offers unique procedures for acceptance of emotion and may contribute to the process-based therapy movement. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 25, 106-114.
- Toh, L., Watt, H.M.G. (2022). How do adolescent mathematical self-concept and values explain attainment of different kinds of STEM degrees in adulthood? *Contemporary Educational Psychology*, 69, 1020-1024.
- Town, J.M., Abbass, A., Stride, C., Nunes, A., Bernier, D., Berrigan, P. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-Month follow-up of the Halifax depression trial. *Journal of Affective Disorders*, 273, 194-202.
- Wang, Y., Wang, S. (2024). Short-video applications use and self-concept clarity among adolescents: The mediating roles of flow and social media self-expansion. *Acta Psychologica*, 249, 1044-1049.
- Weiner, A.S., Ensink, K., Normandin, L. (2018). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 729-746.
- Xiang, G., Li, W., Xiao, Y., Liu, Y., Du, X., He, Y., Chen, H. (2023). Mediation of self-concept clarity and self-control between negative emotional states and emotional eating in Chinese adolescents. *Appetite*, 183, 1064-1068.

Original Article

Effectiveness of Psychoanalysis with Dynamic- Communication Approach on Suicidal Thoughts and Self-Concept in Adolescents with Borderline Personality Disorder

Received: 17/10/2023 - Accepted: 10/03/2024

Majed Eslami Ramchahi¹
Fatemeh Rasouli^{2*}

¹ Ma in Psychology, Faculty of
Psychology and Educational Sciences,
Shiraz University, Shiraz, Iran.

² PhD in Educational Psychology,
Faculty of Psychology and Educational
Sciences, Allameh Tabatabaie
University, Tehran, Iran.

Email: f.rasuli.2009@gmail.com

Abstract

Introduction: Borderline personality disorder is one of those disorders that disrupts the normal life of sufferers and causes them to have suicidal thoughts. Accordingly, the present study was conducted to investigate the effectiveness of psychoanalysis with dynamic- communication approach on suicidal thoughts and self-concept in adolescents with borderline personality disorder.

Methods: The current study was a semi-experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the study consisted of adolescents with borderline personality disorder who referred to counseling and psychotherapy centers in Tehran during the second half of 2023. In this research, 32 adolescent with borderline personality disorder were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (16 people in the experimental group and 16 people in the control group). The adolescents in the experimental group received the psychoanalysis with dynamic- communication approach during eight weeks in sixteen 90-minute sessions. Suicidal Thoughts Questionnaire (STQ), Self-Concept Questionnaire (SCQ) and Borderline Personality Disorder Questionnaire (BPDQ) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software.

Results: The results showed that psychoanalysis with dynamic-communication approach has significant effect on the suicidal thoughts ($p < 0.0001$) and self-concept ($p < 0.0001$) in adolescents with borderline personality disorder.

Conclusion: Based on the findings of the research, psychoanalysis with dynamic- communication approach by focusing precisely and completely on the patient's emotions, using empathic statements, reflecting the patient's words, focusing on the experience full of emotion, exploring internal physical symptoms, redefining oneself and accepting the experience can be as an efficient method to reduce the suicidal thoughts and increase self-concept in adolescents with borderline personality disorder.

Keywords: Dynamic-Communication Approach, Suicidal Thoughts, Self-Concept, Borderline Personality Disorder